



DEMANDE D'INTERVENTION RADIOLOGIQUE (envoyer à [RAD.convoc.ri@chuv.ch](mailto:RAD.convoc.ri@chuv.ch))

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Extracantonale <input type="checkbox"/> privé                              |   |                                   |
| Médecin demandeur   | Médecin de famille  | autre (copie du rapport)          |
| No de téléphone   | No de téléphone   | No de téléphone                   |
| Intervention demandée :   | Date(s) ou période demandée(s) :  |                                   |
| <i>Angiographie avec cathétérisme surrénalien</i>   | <b>Priorité de gestion de la demande</b><br>1 : traitement ri dans les 10-15 jrs <input type="checkbox"/> 1<br>2 : traitement ri dans 1 mois <input type="checkbox"/> 2<br>3 : traitement ri électif <input type="checkbox"/> 3   |                                   |
| Consultation initiale à planifier   | <input type="checkbox"/> oui   avec : <input type="checkbox"/> CCO ( <i>transférer demande et documentation</i> ) <input type="checkbox"/> Dr RAD :   |                                   |
| Ultragenda  | <b>Site d'hospitalisation</b><br><input checked="" type="checkbox"/> pas d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Service Hosp :<br><input checked="" type="checkbox"/> HDJ rad <input type="checkbox"/> HDJ endoscopie<br>Prévision post-intervention<br><input type="checkbox"/> division <input type="checkbox"/> soins continus   |                                   |
| Durée de surveillance   | <input type="checkbox"/> < 1hre <input type="checkbox"/> 1/2journée <input checked="" type="checkbox"/> journée   |                                   |
| Durée estimée de l'intervention (anesthésie EXCLUS) :   | <input type="checkbox"/> 30min <input checked="" type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 2h30 <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 3h30 <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 4h30   |                                   |
| Salle souhaitée :   | <input checked="" type="checkbox"/> CTi <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 027 <input type="checkbox"/> IRM  |                                   |
| Opérateurs :  | <i>Dr Doenz</i>   |                                   |
| Formulaire de consentement  | Titre : <i>Angiographie avec cathétérisme surrénalien</i><br><input type="checkbox"/> Consentement signé & joint<br><input type="checkbox"/> Consentement à envoyer<br><input checked="" type="checkbox"/> Consentement remis à la consultation (NEPHRO)  |                                   |
| Type d'anesthésie   | <input checked="" type="checkbox"/> AL  |                                   |
| <input type="checkbox"/> AG <b>DIGISTAT</b><br><input type="checkbox"/> Stand By<br><input type="checkbox"/> Ventilation JET<br><input type="checkbox"/> non assigné BH07 | Indication : <i>dosage aldostérone</i><br>Voie d'abord : <i>Veine fémorale droite</i> Position sur table : <i>DOS</i>   |                                   |
| Dispositif(s) particulier(s)  | <input checked="" type="checkbox"/> Ultrasons <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> RDN <input type="checkbox"/> Autre :<br><input checked="" type="checkbox"/> Radioscopie <input type="checkbox"/> Crosser <input type="checkbox"/> Mammotome   |                                   |
| Préparation   | <input checked="" type="checkbox"/> labo standard (tp, ptt, créatinine) <input type="checkbox"/> Test antiagrégants***<br><input type="checkbox"/> labo spécifique :   ***compléter fiche « résistance aux antiplaquettaires & ordonnance<br><input type="checkbox"/> Préparation allergie :<br>Switch AVK-Héparine : <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre :<br><input type="checkbox"/> <b>CD à ARCHIVER</b> |                                   |
| Information complémentaire :  | <input type="checkbox"/> Transmettre date d'intervention à :  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Consultation post traitement à planifier (hors CCO)  | Délai :   |                                   |
|   | Labo :  |                                   |
|   | Imagerie (JOINDRE BON VERT) :   |                                   |
| rempli par  | timbre du médecin   | Date de la demande : __ / __ / __ |