Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec

ÉVALUATION DE LA DOSE EN TOMODENSITOMÉTRIE (CT Scan)

Formulaire de renseignements _ (A)

NOM DU CENTRE : _____ **SALLE :** _____

FABRICANT : _____ **MODÈLE :** _____

ANNÉE DE FABRICATION : _____ **NOMBRE DE DÉTECTEURS / BARRETTES :** _____

PATIENT *Numéroter chaque patient*	**SEXE** *Cocher*		**POIDS**	**ÂGE**	**RÉGION EXAMINÉE** *Cocher la ou les régions examinées pour une acquisition*				**Numéro du protocole utilisé** *Voir le tableau des paramètres*	**Cache au bismuth** *Cocher si une cache au bismuth est utilisée pendant l'examen*	**CHARGE** *Inscrire le mA maximum appliqué ou le mAs obtenu si disponible*		**CTDI vol**	**DLP**	**MODIFICATIONS DES PARAMÈTRES** *Toute modification apportée au protocole standard décrit au tableau des paramètres doit être indiquée.*
	Homme	**Femme**	**kg**	**Ans**	**Tête**	**Thorax**	**Abdomen**	**Pelvis**			**mA**	**mAs**	**mGy**	**mGy.cm**	*Exemple : mode, temps de rotation, tension, charge, pas, configuration du détecteur*

Signature de la personne de référence : ☐ **Technologue** ☐ **Radiologiste** ☐ **Gestionnaire**

_____ **Téléphone :** _____

Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec

ÉVALUATION DE LA DOSE EN TOMODENSITOMÉTRIE (CT Scan)
Formulaire de renseignements _ (B)

NOM DU CENTRE : _____ **SALLE:** _____

FABRICANT : _____ **MODÈLE :** _____

ANNÉE DE FABRICATION : _____ **NOMBRE DE DÉTECTEURS / BARRETTES :** _____

PATIENT *Numéroter chaque patient*	**SEXE** *Cocher*		**POIDS**	**ÂGE**	**REGION EXAMINÉE** *Cocher la ou les régions examinées pour une acquisition*				**Numéro du protocole utilisé** *Voir le tableau des paramètres*	**Cache au bismuth** *Cocher si une cache au bismuth est utilisée pendant l'examen*	**LONGUEUR DE SCAN**			**CHARGE** *Inscrire le mA maximum appliqué ou le mAs obtenu si disponible*		**CTDI w** *Si disponible*	**DLP** *Si disponible*	**MODIFICATIONS DES PARAMÈTRES** *Toute modification apportée au protocole standard décrit au tableau des paramètres doit être indiquée*
	Homme	**Femme**	**kg**	**Ans**	**Tête**	**Thorax**	**Abdomen**	**Pelvis**			**Lecture directe** mm	**Lecture indirecte** Début mm	Fin mm	**mA**	**mAs**	**mGy**	**mGy.cm**	*Exemple : mode, temps de rotation, tension, charge, pas, configuration du détecteur*

Signature de la personne de référence : ☐ **Technologue** ☐ **Radiologiste** ☐ **Gestionnaire**

_____ **Téléphone :** _____

Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec

ÉVALUATION DE LA DOSE EN TOMODENSITOMÉTRIE (CT Scan)
Formulaire de renseignements _ (C) _ Colonoscopie virtuelle

NOM DU CENTRE : _____ **SALLE :** _____

FABRICANT : _____ **MODÈLE :** _____

ANNÉE DE FABRICATION : _____ **NOMBRE DE DÉTECTEURS / BARRETTES :** _____

PATIENT *Numéroter chaque patient*	**SEXE** *Cocher*		**POIDS**	**ÂGE**	**Numéro du protocole utilisé** *Voir le tableau des paramètres*	**Cache au bismuth** *Cocher si une cache au bismuth est utilisée pendant l'examen*	**LONGUEUR DE SCAN**			**CHARGE** *Inscrire le mA maximum appliqué ou le mAs obtenu si disponible*		**CTDI vol**	**DLP**	**MODIFICATIONS DES PARAMÈTRES** *Toute modification apportée au protocole doit être indiquée*
	Homme	**Femme**	**kg**	**Ans**			**Lecture directe** **mm**	**Lecture indirecte** **Début mm**	**Fin mm**	**mA**	**mAs**	**mGy**	**mGy.cm**	*Exemple : mode, temps de rotation, tension, charge, pas, configuration du détecteur*

Signature de la personne de référence : ☐ **Technologue** ☐ **Radiologiste** ☐ **Gestionnaire**

_____ **Téléphone :** _____

Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec

ÉVALUATION DE LA DOSE EN TOMODENSITOMÉTRIE (CT Scan)
Formulaire de renseignements _ (D) _CT cardiaque

NOM DU CENTRE : _____ **SALLE:** _____

FABRICANT : _____ **MODÈLE :** _____

ANNÉE DE FABRICATION : _____ **NOMBRE DE DÉTECTEURS / BARRETTES :** _____

PATIENT *Numéroter chaque patient*	**SEXE** *Cocher*		**POIDS**	**ÂGE**	**Numéro du protocole utilisé** *Voir le tableau des paramètres*	**Cache au bismuth** *Cocher si une cache au bismuth est utilisée pendant l'examen*	**LONGUEUR DE SCAN**			**CHARGE** *Inscrire le mA maximum appliqué ou le mAs obtenu si disponible*		**CTDI vol**	**DLP**	**MODIFICATIONS DES PARAMÈTRES** *Toute modification apportée au protocole standard décrit au tableau des paramètres doit être indiquée*
	Homme	**Femme**	**kg**	**Ans**			**Lecture directe** **mm**	**Lecture indirecte Début** **mm**	**Fin** **mm**	**mA**	**mAs**	**mGy**	**mGy.cm**	*Exemple : mode, temps de rotation, tension, charge, pas, configuration du détecteur*

Signature de la personne de référence : ☐ **Technologue** ☐ **Radiologiste** ☐ **Gestionnaire**

_____ **Téléphone :** _____