Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'ASBESTOS

Date de naissance (Année / Mois / Jour)			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance			Prénom
Adresse			
Ville	Code postal		N° de téléphone
Nom de la mère			Prénom de la mère
Nom du père			Prénom du père

DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE

DATE | Année | Mois | Jour |

Locomotion usager	Prévention des infections			
☐ Ambulant	☐ Contact	☐ Contact +	☐ Contact E	☐ Aucune
☐ Civière	☐ Aérienne	☐ Aérienne et contact	☐ Aérienne-contact-oculaire	☐ Neutropénique
☐ Chaise roulante	☐ Gouttelettes	☐ Gouttelettes et contact	☐ Gouttelette-contact-oculaire	

Responsabilité de paiement

☐ CNESST ➲ Employeur :_____ ➲ Date évènement : _____(année/mois/jour)
☐ SAAQ :➲ Date évènement : _____(année/mois/jour)

L'usager doit se présenter au Service d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture (préférence entre 8 h et 16 h lors des jours ouvrables)

Tête et cou	Colonne et bassin	Membres supérieurs	Membres inférieurs
☐ Crâne	☐ Colonne cervicale	☐ Articulation acromio-claviculaire	☐ Hanche ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Cavum	☐ Colonne dorsale	☐ Articulation sterno-claviculaire ☐ Droite ☐ Gauche	☐ Fémur ☐ Droit ☐ Gauche
☐ Tissus mous du cou	☐ Colonne lombaire		☐ Genou ☐ Droit ☐ Gauche
☐ Massif facial	☐ Bassin	☐ Clavicule ☐ Droite ☐ Gauche	☐ Rotule ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Orbites	☐ Sacrum ☐ Coccyx	☐ Omoplate ☐ Droite ☐ Gauche	☐ Jambe ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Œil (corps étranger)	☐ Articulation sacro-iliaques	☐ Épaule ☐ Droite ☐ Gauche	☐ Cheville ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Nez	**Série osseuse**	☐ Humérus ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Pied ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Articulation temporo-mandibulaire	☐ Série métastatique	☐ Coude ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Talon ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Maxillaire inférieur	☐ Série scoliotique	☐ Avant-bras ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Orteil ☐ Droit ☐ Gauche
Thorax et abdomen	☐ Âge osseux	☐ Poignet ☐ Droit ☐ Gauche	➥ Lequel : _____
☐ Poumons	☐ Mesure membre inférieur (scanographie) ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Main ☐ Droite ☐ Gauche	
☐ Thorax ☐ Droit ☐ Gauche		☐ Doigt ☐ Droit ☐ Gauche	
☐ Sternum		➥ Lequel : _____	
☐ Abdomen	**Autre(s) examen(s) :**		
☐ Transit des marqueurs			

Renseignements cliniques obligatoires (précisez : histologie, extension, question clinique, etc.)

Point de service du médecin référent

N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____

Nom du point de service : _____

Médecin en copie conforme et n° de permis : _____

ESTAMPE

Signature du médecin référant	Nom en caractère d'imprimerie	N° de permis	Date

ASB-OPI-IM-002