

**DEMANDE D'EXAMEN**  
**IMAGERIE MÉDICALE**

HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLL ET D'YOUVILLE  
CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH  
CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT

Examen demandé pour le :

Année Mois Jour

Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-Oculaire
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact-oculaire
	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Neutropénique	

**Risques liés à l'usager**

Aucun     Agressivité     Chute     Fugue

Condition de santé : \_\_\_\_\_

Autre(s) : \_\_\_\_\_

Tête et cou	Thorax et abdomen	Membres supérieurs	Membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Art. acromio-clav.	<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Cavum	<input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Art. sterno-clav. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Tissus mous du cou	<input type="checkbox"/> Sternum	<input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Orbites	<b>Colonne et bassin</b>	<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Oeil (corps étranger)	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire	<input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Panorex	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
	<input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx	<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	↳ Lequel : _____
<b>Fluoroscopie</b>	<input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques	<input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<b>Série osseuse</b>
<input type="checkbox"/> Bilan urodynamique		↳ Lequel : _____	<input type="checkbox"/> Série métastatique
<b>Autre(s) examen(s) :</b>			<input type="checkbox"/> Mesure membre inf. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G (scanographie)

**Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires**

Identification du médecin référent et du point de service				ESTAMPE
Nom du médecin référent		N° permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég. N° de télécopieur	
Nom du point de service				
Signature		Date (année, mois, jour)		
<b>Médecin en copie conforme :</b>			<b>N° permis :</b>	