

**DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS**  
IMAGERIE MÉDICALE

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	

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE :  B : Inférieure ou égale à 10 jours  D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 jours)  
 C : Inférieure ou égale à 28 jours

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

**Responsabilité de paiement**

CNESST → Employeur : \_\_\_\_\_ Date évènement : \_\_\_\_\_ (année/mois/jour)  
 SAAQ : → Date évènement : \_\_\_\_\_ (année/mois/jour)

**Télécopier la requête au 819 583-3659 sauf pour l'échographie cardiaque 819 583-5664**  
**Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'usager pour fixer le rendez-vous.**

Fluoroscopie				Échographie cardiaque	
<input type="checkbox"/> Arthrographie	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle	<input type="checkbox"/> Étude du grêle	<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque
<input type="checkbox"/> Gorgée barytée	<input type="checkbox"/> Repas baryté	<input type="checkbox"/> Lavement baryté	<input type="checkbox"/> Pyélographie		

**Mammographie**

**Échographie obstétricale**

<input type="checkbox"/> Diagnostique unilatérale : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		Date des dernières menstruations : _____ (année-mois-jour)
<input type="checkbox"/> Diagnostique bilatérale	Prothèses mammaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	BHCG positif (+) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Dépistage (50 à 74 ans) Programme québécois	Date de la dernière mammographie* : _____ (année-mois-jour)	<input type="checkbox"/> Premier trimestre
<input type="checkbox"/> Dépistage (moins de 49 ans et 75 ans et plus)		<input type="checkbox"/> Deuxième trimestre
<input type="checkbox"/> Clichés supplémentaires : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Troisième trimestre
Spécifier pour les clichés supplémentaires : _____	<b>* Si réalisée dans une autre installation, assurez-vous de joindre le dernier rapport et les images de mammographie</b>	Spécifier la raison pour le 3 <sup>e</sup> trimestre : _____

**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 référent

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Date

GR-OPI-IM-001