

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
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		

HÔPITAL DE GRANBY

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

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE  B : Inférieure ou égale à 10 jours  C : Inférieure ou égale à 28 jours  D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 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 450 375-8022.

Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous

Interventions	Fluoroscopie	Mammographie
<b>SECTION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Arthrographie <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Diagnostique unilatérale <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
Usager sous anticoagulant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Diagnostique bilatérale
➔ Si oui, lequel : _____	<input type="checkbox"/> Infiltration <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Dépistage (50 à 74 ans) PQDCS
➔ Contre-indication à cesser les anticoagulants avant l'examen? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Agrandissement <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Sous échographie <input type="checkbox"/> Sous scan	<input type="checkbox"/> Bloc facettaire <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Compression <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Ponction ➔ Site : _____	➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Biopsie sous stéréotaxie <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Drainage ➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle	<input type="checkbox"/> Biopsie sous échographie <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Biopsie ➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Hystérosalpingographie	<input type="checkbox"/> Ponction sein <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Bloc nerveux ➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Vertébroplastie	<input type="checkbox"/> Galactographie <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Infiltration musculosquelettique	➔ Site : _____	<input type="checkbox"/> Harpon <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
➔ Site : _____	<b>Échographie cardiaque</b>	<input type="checkbox"/> Spécimen chirurgical <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Lavage calcique <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque	

### Échographie obstétricale

Date des dernières menstruations : \_\_\_\_\_ (année-mois-jour)

BHCG positif :  Oui  Non

Datation  Suivi (16 semaines et plus)  Morphologie (18 à 22 semaines)

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



Prothèses mammaires :  Oui  Non

Date de la dernière mammographie\* : \_\_\_\_\_ (année-mois-jour)

\*Si réalisée dans une autre installation, s'assurer de joindre le dernier rapport et les images de mammographie

### 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