

INSTALLATION : CSSS de Memphrémagog

DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS
IMAGERIE MÉDICALE

DATE | Année | Mois | Jour

| | | | |
|--|-------------|-------------------|---------------|
| 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 | |

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

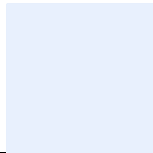
Responsabilité de paiement

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

L'utilisateur doit se présenter au Service d'imagerie médicale du lundi au vendredi seulement entre 8 h et 15 h.
Le service est fermé les fins de semaines et jours fériés.

| Tête et cou | Colonne et bassin | Membres supérieurs | Membres inférieurs |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Articulation acromio-claviculaire | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Cavum | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | <input type="checkbox"/> Articulation sterno-claviculaire | <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire | <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Orbites | <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx | <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Oeil (corps étranger) | <input type="checkbox"/> Articulation sacro-iliaques | <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Nez | Série osseuse | <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Articulation temporo-mandibulaire | <input type="checkbox"/> Série métastatique | <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur | <input type="checkbox"/> Série sciolotique | <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| Thorax et abdomen | <input type="checkbox"/> Mesure membre inférieur (scanographie) <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche ➔ Lequel : _____ | ➔ Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> Poumons | | <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | |
| <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | |
| <input type="checkbox"/> Sternum | | | |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | Autre(s) examen(s) : | | |

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

| | | | |
|--|---|--------------|------|
| <p align="center">Point de service du médecin référent</p> <p>N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____</p> <p>Nom du point de service : _____</p> <p>Médecin en copie conforme et n° de permis : _____</p> | <p>ESTAMPE</p>  | | |
| Signature du médecin référent | Nom en caractère d'imprimerie | N° de permis | Date |

MM-OPI-IM-002