

| | | | | | |
|------------------------|------|-------------|-------------------|-----------------|--|
| 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 BROME-MISSISQUOI-PERKINS

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS IMAGERIE MÉDICALE

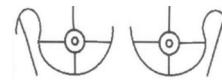
DATE

| | | |
|-------|------|------|
| 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 | | | | |
| <input type="checkbox"/> CNESST → Employeur : _____ → Date événement : _____ (année/mois/jour) | | | | |
| <input type="checkbox"/> SAAQ : → Date événement : _____ (année/mois/jour) | | | | |
| Télécopier la requête au 450 266-5578 et le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous | | | | |
| Interventions | Fluoroscopie | Mammographie | | |
| SECTION OBLIGATOIRE | <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"/> Dépistage (moins de 49 ans et 75 ans et plus) | | |
| <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"/> Agrandissement <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | |
| <input type="checkbox"/> Ponction → Site : _____ | → Site : _____ | <input type="checkbox"/> Compression <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | |
| <input type="checkbox"/> Drainage → Site : _____ | <input type="checkbox"/> Hystérosalpingographie | <input type="checkbox"/> Tomosynthèse <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | |
| <input type="checkbox"/> Biopsie → Site : _____ | <input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle | <input type="checkbox"/> Biopsie sous stéréotaxie <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | |
| <input type="checkbox"/> Biopsie transthoracique | <input type="checkbox"/> Vérification port-a-cath | <input type="checkbox"/> Biopsie sous échographie <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | |
| <input type="checkbox"/> Biopsie hépatique | <input type="checkbox"/> Picc-line <input type="checkbox"/> Une voie <input type="checkbox"/> Deux voies | <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 : _____ | | → Site : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Lavage calcique <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | <input type="checkbox"/> Spécimen chirurgical <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | |
| Échographie gynéco-obstétricale | | | | |
| Date des dernières menstruations : _____ (année-mois-jour) | | | | |
| BHCG positif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| <input type="checkbox"/> Datation <input type="checkbox"/> Clarté nucale (11 à 14 semaines) <input type="checkbox"/> Morphologie (18 à 22 semaines) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Suivi (16 semaines et plus) <input type="checkbox"/> Échographie pelvienne endovaginale (gynéco) | | | | |
| 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 : _____ | | | | |
| Signature du médecin référent _____ | | | | |
| Nom en caractère d'imprimerie _____ | | | | |
| N° de permis _____ | | | | |
| Date _____ | | | | |

POM-OPH-001



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

ESTAMPE

