

DEMANDE D'EXAMEN SANS 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
-------	------	------

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"/> Contact + <input type="checkbox"/> Aérienne et contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Contact E <input type="checkbox"/> Aérienne-contact-oculaire <input type="checkbox"/> Gouttelette-contact-oculaire	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Neutropénique

Responsabilité de paiement	
<input type="checkbox"/> CNESST ➔ Employeur : _____	➔ Date évènement : _____ (année/mois/jour)
<input type="checkbox"/> 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"/> Œil (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"/> Droite <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"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur	<input type="checkbox"/> Âge osseux	<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"/> Poignet <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	↳ Lequel : _____
<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Sternum		↳ Lequel : _____	
<input type="checkbox"/> Abdomen	Autre(s) examen(s) :		

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

Point de service du médecin référent	ESTAMPE 		
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

VSF-OP1-IM-002