

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	

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE
HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS (BMP)

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois (90 jours)

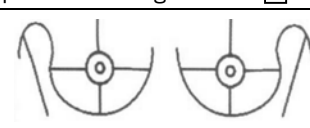
Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Aérienne <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 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"/> Gouttelettes-contact-oculaire

Responsabilité de paiement

CNESST → Employeur :
SAAQ → Date événement :

→ Date événement : _____
(année/mois/jour)

Télécopier la requête au 450 266-5578.
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous

Interventions	Fluoroscopie	Mammographie
SECTION OBLIGATOIRE Usager sous anticoagulant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ↳ Si oui, lequel : _____ ↳ Contre-indication à cesser les anticoagulants avant l'examen? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Arthrographie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Infiltration <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Bloc facettaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Hystérosalpingographie <input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle <input type="checkbox"/> Vérification port-a-cath <input type="checkbox"/> Picc-line : <input type="checkbox"/> Une voie <input type="checkbox"/> Deux voies <input type="checkbox"/> Vertébroplastie ↳ Site : _____	<input type="checkbox"/> Diagnostique unilatérale <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Diagnostique bilatérale <input type="checkbox"/> Dépistage (50-69 ans) <input type="checkbox"/> Dépistage (35-49 /70 ans et +) <input type="checkbox"/> Agrandissement <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Compression <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Tomosynthèse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Biopsie sous stéréo. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Biopsie sous écho. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Ponction sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Galactographie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Sous échographie <input type="checkbox"/> Sous scan <input type="checkbox"/> Ponction ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Drainage ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Biopsie ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Biopsie transthoracique <input type="checkbox"/> Biopsie hépatique <input type="checkbox"/> Bloc nerveux ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Infiltration musculosquelettique ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Lavage calcique <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Échographie gynéco-obstétricale Date des dernières menstruations (DDM) : _____ (année/mois/jour) BHCG + : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Datation <input type="checkbox"/> Clarté nucale (11-14 sem.) <input type="checkbox"/> Suivi (16 sem. et +) <input type="checkbox"/> Morphologie (18-22 sem.) <input type="checkbox"/> Échographie pelvienne endo-vaginale (gynéco.)	<input type="checkbox"/> Harpon ↳ Site : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Spécimen chirurgical <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  Prothèses mammaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la dernière mammographie* : _____ (année/mois/jour)

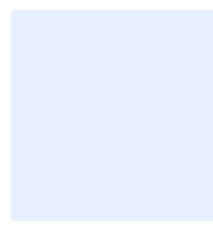
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

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

Identification du médecin référent et du point de service

Nom du médecin référent		N° permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.
Nom du point de service		N° de télécopieur	
Signature		Date (année, mois, jour)	

ESTAMPE



Médecin en copie conforme :

N° permis :

Pour usage exclusif Hôpital BMP : Priorisation A B C D CTRL _____