

## DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE  
HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'ASBESTOS

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"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-Oculaire
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact-oculaire
	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Neutropénique	

### Responsabilité de paiement

CNESST → Employeur : \_\_\_\_\_ Date événement : \_\_\_\_\_  
(année/mois/jour)

SAAQ → Date événement : \_\_\_\_\_  
(année/mois/jour)

Télécopier la requête au 819 879-7433.  
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'usager pour fixer le rendez-vous.

### Échographie obstétricale

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

BHCG + :  Oui  Non

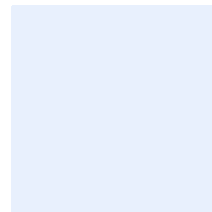
- Datation  
 Suivi (16 semaines et plus)  
 Morphologie (18-22 semaines)

### Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

### 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.	N° de télécopieur
Nom du point de service				
Signature			Date (année, mois, jour)	

ESTAMPE



Médecin en copie conforme :

N° permis :