

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 DE GRANBY

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 :


→ Date événement :

SAAQ → Date événement :

(année/mois/jour)

Télécopier la requête au 450 375-8022.

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"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <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"/> 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"/> Harpon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Spécimen chirurgical <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"/> Bloc nerveux → Site : _____ <input type="checkbox"/> Infiltration musculosquelettique ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Lavage calcique <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Bloc facettaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Site : _____ <input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle <input type="checkbox"/> Hystérosalpingographie <input type="checkbox"/> Vertébroplastie ↳ Site : _____	 Prothèses mammaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la dernière mammographie* : _____ (année/mois/jour)
Échographie 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"/> Suivi (16 sem. et +) <input type="checkbox"/> Morphologie (18-22 sem.)		* Si faite dans une autre installation, s'assurer de joindre le dernier rapport et les images de mammographie
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires		

Identification du médecin référent et du point de service	ESTAMPE
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)	

Médecin en copie conforme : **N° permis :** _____

Pour usage exclusif Hôpital de Granby : **Priorisation** A B C D CTRL _____