

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE

HÔPITAL FLEURIMONT – HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

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	

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : Urgent (24-72 h) Semi-urgent : < 1 mois Électif
 Suivi en date du (année/mois/jour) : _____

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 évènement : _____
 (année/mois/jour)

SAAQ ➔ Date évènement : _____
 (année/mois/jour)

Hôpital Fleurimont

Télécopier la requête au 819 829-3240.

Hôtel-Dieu de Sherbrooke

Télécopier la requête au 819 829-6287.

Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.

Fluoroscopie

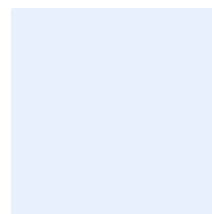
<input type="checkbox"/> Arthrographie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Site : _____	<input type="checkbox"/> Gorgée barytée
<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Site : _____	<input type="checkbox"/> Repas baryté
<input type="checkbox"/> Infiltration péri-radiculaire	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Site : _____	<input type="checkbox"/> Lavement baryté
<input type="checkbox"/> Bloc facettaire	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Site : _____	<input type="checkbox"/> Entéroclyse
<input type="checkbox"/> Sialographie	Site : _____	<input type="checkbox"/> Transit du grêle
<input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle		<input type="checkbox"/> Pyélographie intraveineuse
<input type="checkbox"/> Hystérosalpingographie		

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 :