

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 : _____

SAAQ → Date évènement : _____
(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

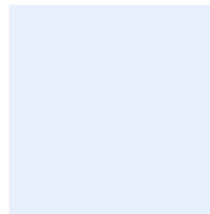
Ind. rég. N° de télécopieur

Nom du point de service

Signature

Date (année, mois, jour)

ESTAMPE



Médecin en copie conforme :

N° permis :