

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

Télécopier la requête au 450 375-8022.

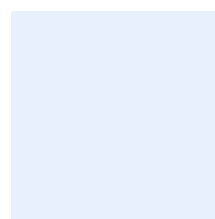
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous

Interventions	Fluoroscopie	Mammographie
<b>SECTION OBLIGATOIRE</b> <b>Usager sous anticoagulant?</b> <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)
<b>Échographie obstétricale</b> 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
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>		

### 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 : \_\_\_\_\_

Pour usage exclusif Hôpital de Granby : Priorisation  A  B  C  D CTRL \_\_\_\_\_