

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

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	

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 819 583-5664.
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.

Fluoroscopie				Échographie cardiaque
<input type="checkbox"/> Arthrographie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle	<input type="checkbox"/> Étude du grêle	<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque
<input type="checkbox"/> Gorgée barytée	<input type="checkbox"/> Repas baryté	<input type="checkbox"/> Lavement baryté	<input type="checkbox"/> Pyélographie	

Mammographie	Échographie obstétricale
<input type="checkbox"/> Diagnostique unilatérale <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Diagnostique bilatérale <input type="checkbox"/> Dépistage (50-69 ans) <input type="checkbox"/> Dépistage (35-49 ans/70 ans et +) <input type="checkbox"/> Clichés supplémentaires <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Spécifier : _____	Date des dernières menstruations (DDM) : _____ (année/mois/jour) BHCG + : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> 2 ^e trimestre <input type="checkbox"/> 3 ^e trimestre → Raison : _____
 <p>Prothèses mammaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la dernière mammographie* : _____ (année/mois/jour) * Si faite dans une autre installation, s'assurer de joindre le dernier rapport et les images de mammographie</p>	

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Blank area for diagnostic impressions and clinical information.

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 : _____