

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

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG

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 819 868-3254.**  
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.

#### Fluoroscopie

Arthrographie  D  G Site : \_\_\_\_\_

Infiltration  D  G Site : \_\_\_\_\_

Bloc facettaire  D  G Site : \_\_\_\_\_

Cystographie mictionnelle

Lavement baryté

Repas baryté

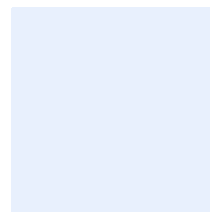
Étude du grêle

#### 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 :