

DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG

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	

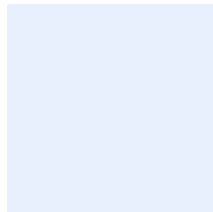
Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Aérienne <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> CNESST → Employeur : _____	→ Date événement : _____ (année/mois/jour)
<input type="checkbox"/> SAAQ → Date événement : _____ (année/mois/jour)	

L'utilisateur doit se présenter au Service d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture (de préférence entre 8 h et 16 h lors des jours ouvrables).

Tête et cou	Membres supérieurs	Membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Art. acromio-clav.	<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Art. sterno-clav. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Cavum	<input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Tissus mous du cou	<input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Orbits	<input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Oeil (corps étranger)	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaire	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaire	<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	↳ Lequel : _____
<input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur	<input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Série osseuse
<input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx	↳ Lequel : _____	<input type="checkbox"/> Série métastatique
<input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques		<input type="checkbox"/> Série scoliotique
		<input type="checkbox"/> Mesure membre inf. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G (scanographie)

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

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 :