

DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE

CLSC – URGENCE MINEURE – CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR

| 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 : _____ Date évènement : _____
(année/mois/jour)

SAAQ → Date évènement : _____
(année/mois/jour)

L'utilisateur doit se présenter au Service d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture :
 En semaine : entre 8 h et 20 h / Fins de semaine et jours fériés : entre 8 h et 15 h

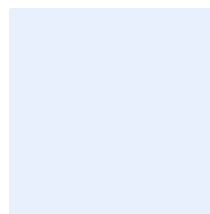
| Tête et cou | Membres supérieurs | Membres inférieurs |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Cavum <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Oeil (corps étranger) <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaire <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur | <input type="checkbox"/> Art. acromio-clav. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Art. sterno-clav. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale <input type="checkbox"/> Colonne dorsale <input type="checkbox"/> Colonne lombaire <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G ↳ Lequel : _____ |
| Autre(s) examen(s) : | | Série osseuse <input type="checkbox"/> Série métastatique <input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Mesure membre inf. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <small>(scanographie)</small> |

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 :