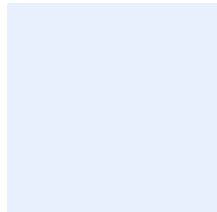


DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS

IMAGERIE MÉDICALE

HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'ASBESTOS

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 : _____			
<input type="checkbox"/> SAAQ → Date évènement : _____ <small>(année/mois/jour)</small>			
L'utilisateur doit de 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"/> Sinus <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"/> 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"/> 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 : _____
Thorax et abdomen	Colonne et bassin	Série osseuse	
<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"/> Transit des marqueurs	<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"/> Série métastatique <input type="checkbox"/> Série scoliotique <input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Mesure membre inf. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <small>(scanographie)</small>	
Autre(s) examen(s) :			
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 :	