

## DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS

### IMAGERIE MÉDICALE

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MRC-DE-COATICOOK

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

CNESST → Employeur : \_\_\_\_\_  
 SAAQ → Date évènement : \_\_\_\_\_  
 (année/mois/jour)

L'utilisateur doit de présenter au Service d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture  
(de préférence les jours ouvrables entre 8 h et 12 h et entre 13 h et 16 h).

Tête et cou	Thorax et abdomen	Membres supérieurs	Membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Poumons	<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"/> Thorax <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"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Cavum	<input type="checkbox"/> Sternum	<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"/> Abdomen	<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	<b>Colonne et bassin</b>	<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"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<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"/> Colonne dorsale	<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"/> Colonne lombaire	<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"/> Maxillaire inférieur	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<b>Série osseuse</b>	<input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx	<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	↳ Lequel : _____
<input type="checkbox"/> Âge osseux	<input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques	<input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
		↳ Lequel : _____	

Autre(s) examen(s) :

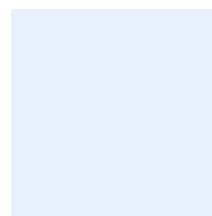
#### Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Zone réservée à l'impression diagnostique et aux 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 :