

## DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

### IMAGERIE MÉDICALE

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

|                        |      |             |               |                 |  |
|------------------------|------|-------------|---------------|-----------------|--|
| 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 |  |

**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 : \_\_\_\_\_      → Date évènement : \_\_\_\_\_  
(année/mois/jour)

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

**Télécopier la requête au 819 583-3659 SAUF pour l'échographie cardiaque dont le numéro de télécopieur est le 819 583-5664.  
Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.**

| Fluoroscopie                            |   |  |   | Échographie cardiaque                          |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrographie  | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle | <input type="checkbox"/> Étude du grêle | <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Gorgée barytée | <input type="checkbox"/> Repas baryté                 | <input type="checkbox"/> Lavement baryté           | <input type="checkbox"/> Pyélographie   |  |

| Mammographie   | Échographie obstétricale  |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostique unilatérale <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G<br><input type="checkbox"/> Diagnostique bilatérale<br><input type="checkbox"/> Dépistage (50-69 ans)<br><input type="checkbox"/> Dépistage (35-49 ans/70 ans et +)<br><input type="checkbox"/> Clichés supplémentaires <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G<br>↳ Spécifier : _____ | Date des dernières menstruations (DDM) : _____<br>(année/mois/jour)<br>BHCG + : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre<br><input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre    ↳ Raison : _____ |
|  <p>Prothèses mammaires : <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non<br/>           Date de la dernière mammographie* : _____<br/>           (année/mois/jour)<br/>           * Si faite dans une autre installation, s'assurer de joindre le dernier rapport et les images de mammographie</p>         |   |

**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 :** \_\_\_\_\_