

INSTALLATION : CSSS du Granit

DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS
IMAGERIE MÉDICALE

DATE

| | | | |
|-------|------|------|--|
| | | | |
| Année | Mois | Jour | |

| | | | |
|------------------------|-------------|-----------------|-------------------|
| 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 | |
| Nom de la mère | | | Prénom de la mère |
| Nom du père | | | Prénom du père |

| Locomotion usager | Prévention 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"/> Gouttelette-contact-oculaire |

| Responsabilité de paiement | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CNESST ➔ Employeur : _____ | ➔ Date évènement : _____ (année/mois/jour) |
| <input type="checkbox"/> SAAQ : ➔ Date évènement : _____ (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 | Colonne et bassin | Membres supérieurs | Membres inférieurs |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Articulation acromio-claviculaire | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Cavum | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | <input type="checkbox"/> Articulation sterno-claviculaire | <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire | <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Orbites | <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx | <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Oeil (corps étranger) | <input type="checkbox"/> Articulation sacro-iliaques | <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Nez | Série osseuse | <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Articulation temporo-mandibulaire | <input type="checkbox"/> Série scoliotique | <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur | <input type="checkbox"/> Mesure membre inférieur (scanographie) <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche |
| Thorax et abdomen | <input type="checkbox"/> Âge osseux | <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche ↳ Lequel : _____ | ↳ Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> Poumons | Autre(s) examen(s) : | <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | |
| <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche | | <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | |
| <input type="checkbox"/> Sternum | | | |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | | | |

Renseignements cliniques obligatoires (précisez : histologie, extension, question clinique, etc.)

| Point de service du médecin référent | ESTAMPE |
|---|---------|
| N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____ | |
| Nom du point de service : _____ | |
| Médecin en copie conforme et n° de permis : _____ | |
| Signature du médecin référent | Date |

GRA-OPI-IM-001