

IMAGERIE MÉDICALE

(Requête pour usage interne)

- Ambulant SARM ERV Autres : _____
 Fauteuil Grossesse
 Civière
 Déplacement en lit
 App. mobile

- URGENCE CLINIQUE EXT. HOSPIT Ch : _____

GRAPHIE

TÊTE ET COU

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CRÂNE | <input type="checkbox"/> ORBITES |
| <input type="checkbox"/> SINUS | <input type="checkbox"/> ŒIL (C.E.) |
| <input type="checkbox"/> MASSIF FACIAL | <input type="checkbox"/> MASTOÏDES |
| <input type="checkbox"/> ART. TEMP. MAND. | <input type="checkbox"/> NEZ |
| <input type="checkbox"/> TISSUS MOUS DU COU | <input type="checkbox"/> CAVUM |

THORAX ET ABDOMEN

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> POUMONS | <input type="checkbox"/> ABDOMEN |
| <input type="checkbox"/> HÉMITHORAX <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> SIMPLE |
| <input type="checkbox"/> STERNUM | <input type="checkbox"/> INC. MULT. |
| <input type="checkbox"/> ARTIC. STERNO-CLAVICULAIRES | |

COLONNE ET BASSIN

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERVICALE | <input type="checkbox"/> SACRUM |
| <input type="checkbox"/> DORSALE | <input type="checkbox"/> COCCYX |
| <input type="checkbox"/> LOMBO-SACRÉE | <input type="checkbox"/> ARTIC. S.I. |
| <input type="checkbox"/> SÉRIE SCOLITIQUE (RV) | <input type="checkbox"/> BASSIN |

MEMBRES SUPÉRIEURS

D G

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ARTIC. ACROMIO-CLAVICULAIRES | | |
| <input type="checkbox"/> CLAVICULE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> OMOPLATE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ÉPAULE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> HUMÉRUS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COUDE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> AVANT-BRAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> POIGNET | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> MAIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> DOIGT 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ÂGE OSSEUX (RV)

MEMBRES INFÉRIEURS

D G

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> HANCHE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> FÉMUR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> GENOU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> JAMBE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CHEVILLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> PIED | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CALCANÉUM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ORTEIL 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SCANOGRAPHIE M.I (RV). | | |

AUTRE EXAMEN

DIGESTIF ET EXAMENS SPÉCIAUX

Voir au verso la préparation pour les examens suivis d'un numéro.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> GORGÉE BARYTÉE ① | <input type="checkbox"/> ÉTUDE DU GRÊLE ① |
| <input type="checkbox"/> REPAS BARYTÉ ① | <input type="checkbox"/> LAVEMENT BARYTÉ ② |
| <input type="checkbox"/> PYELOGRAPHIE I.V. ③ | <input type="checkbox"/> CYSTOGRAPHIE MICTIONNELLE |
| <input type="checkbox"/> SIALOGRAPHIE _____ | Spécifier |
| <input type="checkbox"/> ARTHROGRAPHIE _____ | <input type="checkbox"/> Avec infiltration * |
| | Spécifier la région |
| <input type="checkbox"/> INFILTRATION * (Péri-facettaire lombaire) _____ | (Spécifier niveaux) |
| * Prescrire médication (requis lors de l'examen) | |

ÉCHOGRAPHIE

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABDOMINALE ① | |
| <input type="checkbox"/> ABDOMINO - PELVIENNE ④ | |
| <input type="checkbox"/> RÉNALE - VESSIE ⑤ | |
| <input type="checkbox"/> PELVIENNE ⑤ | |
| <input type="checkbox"/> THYROÏDE | |
| <input type="checkbox"/> TESTICULES | |
| <input type="checkbox"/> SEINS <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | |
| <input type="checkbox"/> CARDIAQUE | |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER _____ | |
| | Spécifier et vérifier si disponible |

OBSTÉTRIQUE

DDM ____ / ____ / ____
G P A

- 1^{ER} TRIMESTRE ⑤
 2^E TRIMESTRE ⑤
 3^E TRIMESTRE

Préciser la raison

AUTRE ÉCHOGRAPHIE _____

MAMMOGRAPHIE - Voir verso

- DIAGNOSTIQUE (renseignements cliniques essentiels)
 DÉPISTAGE (50 - 69 ans PQDCS) DÉPISTAGE (35 - 49 ans, 70 ans et +)
 CLICHÉS SUPPLÉMENTAIRES D G

Cocher si prothèses

Date de la dernière mammo : ____ / ____ / ____

Si faite à l'extérieur, obtenir les images et les rapports pour fin de comparaison

TOMODENSITOMÉTRIE (CT-SCAN) DISPONIBLE (utiliser requête spécifique)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Médecin prescripteur (caractère)

No.

Signature

Médecin en C.C. :

Date : ____ / ____ / ____

IMAGERIE MÉDICALE

Pour prendre rendez-vous, nous vous demandons :

- ⇒ de présenter cette requête à la lettre **A** au **SS1** (même niveau que l'urgence), ou;
- ⇒ de poster cette requête à la Centrale de rendez-vous à l'adresse ci-dessus.

Nous communiquerons avec vous pour cédulez votre rendez-vous.

Plage sans rendez-vous disponible pour la GRAPHIE **seulement**. Lundi au vendredi de 13h30 à 15h30 (sauf les jours fériés). Vous présenter à la lettre **C**.

MAMMOGRAPHIE

Pour rendez-vous et informations **819-583-0330** poste **2366**. Lettre **C**

La journée de l'examen ne pas mettre de déodorant, talc, poudre, lotion, crème ou tout autre parfum sous les aisselles et les seins.

Préparation pour les examens suivis d'un numéro

- ❶ À jeûn (sans manger, boire ni fumer) depuis 22 hres la veille de l'examen.
- ❷ Préparation spécifique pour le lavement baryté. Vous procurer le dépliant à la centrale de RV **lettre A**.
- ❸ À jeûn (sans manger, boire ni fumer) 5 hres avant le rendez-vous.
- ❹ À jeûn (sans manger) depuis 22 hres la veille; avoir terminé de boire 750 ml (3 tasses) d'eau 1h30 avant le RV (ne pas uriner).
- ❺ Avoir terminé de boire 750ml (3 tasses) d'eau 1h30 avant le RV (ne pas uriner).

Si vous êtes allergique à l'iode ou diabétique veuillez le mentionner lors de la prise du rendez-vous.

* Infiltration

Il est obligatoire de se présenter à son examen avec la médication à injecter sans quoi nous ne pourrons procéder à l'intervention.

Visiter notre site web au www.csssgranit.qc.ca