



**INFORMATIONS DU PATIENT**

Prénom et nom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Tél. maison \_\_\_\_\_  
 Tél. cellulaire \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_  
 **Enceinte** Veuillez aviser le technologue AVANT votre examen

**INFORMATIONS DU MÉDECIN TRAITANT**

Prénom et nom \_\_\_\_\_  
 Signature md \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ # lic. \_\_\_\_\_  
 Rapport :  français  anglais  
 CNESST  SAAQ # dossier \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)**

**A**  
Westmount Square

**B**  
Saint-Laurent

**C**  
West-Island

**D**  
Vaudreuil-Dorion

**E**  
Valleyfield

**F**  
Trois-Lacs

**G**  
Pierrefonds

**RADIOLOGIE GÉNÉRALE A B C D E F G sans rendez-vous**

POUMONS/THORAX/ABDOMEN	TÊTE ET COU	MEMBRES SUPÉRIEURS	MEMBRES INFÉRIEURS
<input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Hémithorax G D <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen plaque simple <input type="checkbox"/> Abdomen incidences multiples	<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur <input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire <input type="checkbox"/> Art. sterno-claviculaire <input type="checkbox"/> Clavicule G D <input type="checkbox"/> Omoplate G D <input type="checkbox"/> Épaule G D <input type="checkbox"/> Humérus G D <input type="checkbox"/> Coude G D <input type="checkbox"/> Avant-bras G D <input type="checkbox"/> Poignet G D <input type="checkbox"/> Scaphoïde G D <input type="checkbox"/> Main G D <input type="checkbox"/> Doigt G D	<input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Hanche G D <input type="checkbox"/> Fémur G D <input type="checkbox"/> Genou G D <input type="checkbox"/> Rotule G D <input type="checkbox"/> Jambe G D <input type="checkbox"/> Cheville G D <input type="checkbox"/> Pied G D <input type="checkbox"/> Talon G D <input type="checkbox"/> Orteil G D 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Projection station debout
COLONNE VERTÉBRALE		ÉTUDES / ÂGE OSSEUX	
<input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Sacrum et Coccyx <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Série scoliotique	<input type="checkbox"/> Étude métastatique <input type="checkbox"/> Étude rhumatique <input type="checkbox"/> Étude métabolique <input type="checkbox"/> Âge osseux	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <b>SCANOGRAPHIE</b> <input type="checkbox"/> Debout <b>A C</b> <input type="checkbox"/> Couché	

**MAMMOGRAPHIE A C D E G avec rendez-vous**

Diagnostique  
 Dépistage\*  
 \* La RAMQ couvre 1 seul examen par an

**PROCÉDURES / INTERVENTIONS A C D E avec r-v**

Arthrographie thérapeutique  Bourse  Intra-articulaire  
 Région \_\_\_\_\_ G D  
 Arthrographie distensive épaule G D  
 Bloc facettaire niveau \_\_\_\_\_ G D  
 Infiltration sous écho Région \_\_\_\_\_ G D  
 Lavage calcique  
 Infiltration PRP **A** Région \_\_\_\_\_

**TOMODENSITOMÉTRIE (CT scan) A B avec r-v**

<input type="checkbox"/> Angiographie _____ <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Selle turcique <input type="checkbox"/> C.A.I. & Mastoïdes <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaires <input type="checkbox"/> Cou (ORL)	<input type="checkbox"/> Col. cervicale <input type="checkbox"/> Col. dorsale <input type="checkbox"/> Col. lombaire <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen & pelvien <input type="checkbox"/> Entérographie <input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle <input type="checkbox"/> Dentascan _____ <input type="checkbox"/> CT Coronographie
--	---

Calcul score cardiaque  
 MSK \_\_\_\_\_ G D  
 Bloc foraminal niveau \_\_\_\_\_ G D  
 Bloc épidural niveau \_\_\_\_\_ G D  
 Arthrographie Scan \_\_\_\_\_ G D  
 Scan complet (inclus IRM tête / cou / abdo-pelv plus CT Scan dépistage thorax avec calcul du score cardiaque plus écho carotide / thyroïde / seins pour femme)  
 Autres \_\_\_\_\_

**RADIOLOGIE DIGESTIVE A C D E avec r-v**

Gorgée barytée  Repas baryté  
 Grêle  Lavement baryté

**OSTÉODENSITOMÉTRIE A C D E G avec r-v**

Ostéodensitométrie La RAMQ couvre 1 seul examen par an

**ÉCHOGRAPHIE A B C D E F G avec r-v**

<input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Endovaginale <input type="checkbox"/> Cou & Thyroïde <input type="checkbox"/> Obstétricale <input type="checkbox"/> Datation <input type="checkbox"/> Clarté <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2e <input type="checkbox"/> 3e trim <input type="checkbox"/> MSK région _____ G D <input type="checkbox"/> Surface région _____ G D <input type="checkbox"/> Doppler _____ G D <input type="checkbox"/> Échocardiographie <b>A</b>	<input type="checkbox"/> Sein(s) G D <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Testicules
---	--

**RÉSONANCE MAGNÉTIQUE A B C avec r-v**

<input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Glande pituitaire <input type="checkbox"/> C.A.I. / mastoïdes <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Art. T-M. <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Cou (ORL) <input type="checkbox"/> Glandes salivaires <input type="checkbox"/> MSK région _____ G D <input type="checkbox"/> Arthrographie IRM région _____ G D <input type="checkbox"/> Scan complet (inclus IRM tête / cou / abdo-pelv plus CT Scan dépistage thorax avec calcul du score cardiaque plus écho carotide / thyroïde / seins pour femme) <input type="checkbox"/> Autres _____	<input type="checkbox"/> Angiographie _____ <input type="checkbox"/> Col. cervicale <input type="checkbox"/> Abominale <input type="checkbox"/> Col. dorsale <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Col. lombaire <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Art. S-I. <input type="checkbox"/> Quantif. fer/gras <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx <input type="checkbox"/> Déféco-IRM <input type="checkbox"/> Plexus brachial <input type="checkbox"/> Entérographie <input type="checkbox"/> Plexus lombaire <input type="checkbox"/> Seins
--	--

**VOIR AU VERSO**

Adresses  
 # téléphone  
 # télécopieur  
 Courriel de  
 chaque clinique