

PATIENT	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)
Nom _____	_____
DDN _____	_____
Téléphone _____	_____
Courriel _____	_____
	Signature médecin _____ # Licence _____ Date _____

RADIOGRAPHIE (SANS RENDEZ-VOUS)		
<b>IMPORTANT - Assurez-vous d'avoir votre carte d'assurance maladie et cette requête en main</b>		
Du lundi au jeudi de 8 h 30 à 16 h 30 et le vendredi de 8 h 30 à 16 h 00		
>>> Tous les examens sont couverts par la RAMQ <<<		
<p><b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b></p> <input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaires. <input type="checkbox"/> Art. sterno-claviculaires <input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Doigts (précisez) _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <p><b>EXAMENS SPÉCIAUX</b></p> <input type="checkbox"/> Série osseuse majeure	<p><b>MEMBRES INFÉRIEURS</b></p> <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Genou / rotule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Orteil (précisez) _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <p><b>TÊTE ET COU</b></p> <input type="checkbox"/> Cavum <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Cou (tissus mou) <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Oeil : recherche corps étranger	<p><b>COLONNE ET BASSIN</b></p> <input type="checkbox"/> Artic. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Colonne cervicale <input type="checkbox"/> Colonne dorsale <input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sacrum <p><b>POUMONS - THORAX - ABDOMEN</b></p> <input type="checkbox"/> Abdomen simple <input type="checkbox"/> Abdomen multiples <input type="checkbox"/> Héli thorax <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Sternum

AVEC RENDEZ-VOUS*	
<b>IMPORTANT - Assurez-vous d'avoir votre carte d'assurance maladie et cette requête en main</b>	
>>> Tous les examens sont couverts par la RAMQ <<<	
MAMMOGRAPHIE	INTERVENTION
<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Arthrographie / Infiltration <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Site _____ <input type="checkbox"/> Bloc facettaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Niveau(x) _____
ÉCHOGRAPHIE	DENSITÉ OSSEUSE
<input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne (excluant endovaginale) <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> De surface <input type="checkbox"/> Site _____	<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie

\* Avant votre rendez-vous, informez-vous des consignes préparatoires spécifiques à votre examen.

