

Date : _____
ANNEE - MOIS - JOUR

NO DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____

MÉDECIN TRAITANT : Dr _____

UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____

INVESTIGATION SPÉCIALISÉE EN SANTÉ PHYSIQUE - IUSMM

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

Échelle de priorité clinique	A	B	C	D	E
	3 jrs ≤ → Diriger vers l'urgence	≤ 10 jrs	≤ 28 jrs	≤ 3 mois	≤ 12 mois (liste d'attente)

IMAGERIE MÉDICALE ET PROCÉDURES (joindre requête(s))

(À noter que les scans et IRM seront réalisés à HSCO, sauf si sédation requise et les échographies à HMR)

- S'assurer d'avoir un résultat récent de créatinine et de coagulation (si biopsie)

✓ Créatinine : _____ Date : _____

✓ INR/Autre valeur/Informations pertinentes: _____ Date : _____

- Validation des allergies

 Aucune Iode / Produits de contraste Résonance magnétique : _____ Priorité : B C D E

- Questionnaire de validation requis

 Scan : _____ Priorité : B C D E Échographie : _____ Priorité : B C D E Endoscopie : _____ Priorité : B C D E Électrophysiologie : _____ Priorité : B C D E Autre imagerie / service Dx : _____ Priorité : B C D E Autre imagerie / service Dx : _____ Priorité : B C D E**CONSULTATION EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE (joindre demande)** Nom de la spécialité : _____ Priorité : B C D E Nom de la spécialité : _____ Priorité : B C D E

Nom de l'utilisateur :	N° dossier :
<ul style="list-style-type: none"> • Documents joints (notes, demande de consultation, résultats, autres documents pertinents) : <hr/> <hr/> <hr/>	
PARTICULARITÉS DE L'USAGER :	
<input type="checkbox"/> Accompagnement requis et type (si pertinent) : _____ _____	
<input type="checkbox"/> Besoin de sédation ou d'assistance anesthésique (détails) : _____ _____	
<input type="checkbox"/> Autre information pertinente : _____ _____ _____ _____	
IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :	
<input type="checkbox"/> Nom, titre : _____ _____	
<input type="checkbox"/> Coordonnées : _____ _____	
<input type="checkbox"/> Personne - contact (si différent) : _____ _____	
COORDONNÉES POUR TRANSMETTRE LE FORMULAIRE :	
Service d'investigations ambulatoires	
Télécopieur : 514 252-3845	
Téléphone : 514 252-3400 poste 5821 ou 1222	
Courriel : accueilclinique.hmr@ssss.gouv.qc.ca	

Signature de l'IPS : _____ **Date :** _____
ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

Résident/E-IPS : Nom du patron et N° permis : _____

Signature : _____ **Date :** _____
ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

Signature du médecin : _____ **Date :** _____
ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM