



N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 NAM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

## ÉCHOGRAPHIE

<input checked="" type="checkbox"/>	Niveau priorité	Délai	
	<b>URGENT</b>	<b>Vers l'urgence</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen <input type="checkbox"/> Examen contrôle ▶ site du 1 <sup>er</sup> examen : _____  <b>Centre de répartition des demandes de service</b> Requête envoyée par fax, n° télécopieur : 514 253 7696  <b>Heures d'ouverture : 8h30 à 18h00 du lundi au vendredi</b>
	<b>A</b>	<b>0-3 jours</b>	
	<b>B</b>	<b>3-10 jours</b>	
	<b>C</b>	<b>10-28 jours</b>	
	<b>D</b>	<b>&lt; 3 mois</b>	
	<b>E</b>	<b>&gt; 3 mois</b>	

### Renseignements cliniques

**Veillez consulter le guide clinique en annexe et justifier toute modification de la priorité clinique suggérée**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et prénom du médecin référent (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_

Courriel professionnel : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_ N° télécopieur : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ (Québec) Code postal : \_\_\_\_\_

### Échographie

Abdominale

Pelvienne

Abdomino-pelvienne

Feotale :  Datation  Clarté nucale  1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>e</sup> trimestre  3<sup>e</sup> trimestre

Mammaire →  Biopsie  Droit  Gauche

Thyroïdienne →  Biopsie

Cardiaque

Testiculaire

Prostate →  Biopsie

Musculo-squelettique → Précisez : \_\_\_\_\_

Surface → Précisez : \_\_\_\_\_

### Doppler

Artériel  Membres inférieurs  Membres supérieurs

Cervico-encéphalique

Veineux  Membre supérieur  Droit  Gauche

Membre inférieur  Droit  Gauche

Greffon rénal

Autre → Précisez : \_\_\_\_\_

**N° téléphone de l'administration du CRDS : 514 252-3400 poste 2929**

À l'usage du CRDS : Date de réception : \_\_\_\_\_ Dossier complet : \_\_\_\_\_

Rendez-vous donné : \_\_\_\_\_ Dispensateur choisi : \_\_\_\_\_

Nom du patient :		N° dossier :	
Guide clinique : Veuillez consulter ce Guide et justifier toute modification de la priorité clinique suggérée au formulaire			
<b>Conditions cliniques</b>		<b>Niveau de priorité suggéré</b>	
<p>- <b>Gynécologique</b> : <input type="checkbox"/> Saignement 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre  <input type="checkbox"/> Cœur fœtal 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre  <input type="checkbox"/> Douleur abdominale aiguë  <input type="checkbox"/> Recherche de grossesse ectopique post B-HCG positive</p> <p>- <b>Surface (testis, thyroïde, etc)</b> : <input type="checkbox"/> Syndrome du compartiment  <input type="checkbox"/> Douleur testiculaire  <input type="checkbox"/> Arthrite aiguë septique</p> <p>- <b>Abdomino-pelvienne</b> : <input type="checkbox"/> Dissection aortique, rupture d'anévrisme  <input type="checkbox"/> Traumatisme abdominal majeur, patient instable  <input type="checkbox"/> Douleur abdominale aiguë chirurgicale (appendicite)  <input type="checkbox"/> État toxique, suspicion d'abcès  <input type="checkbox"/> Hémorragie intra abdominale  <input type="checkbox"/> Infection urinaire recherche d'obstruction</p> <p>- <b>Doppler</b> : <input type="checkbox"/> Thrombophlébite (si accueil clinique non disponible)  <input type="checkbox"/> Thrombose, dissection des vaisseaux du cou</p>		<p><b>Si urgent référer directement à l'urgence de proximité</b></p>	
<p>- <b>Gynécologique</b> : <input type="checkbox"/> Saignement du 1<sup>er</sup> trimestre post B-HCG positif  <input type="checkbox"/> Recherche d'abcès  <input type="checkbox"/> Rétention placentaire</p> <p>- <b>Abdomino-pelvienne</b> : <input type="checkbox"/> Recherche d'abcès</p> <p>- <b>Surface (testis, thyroïde, etc)</b> : <input type="checkbox"/> Traumatisme ligamentaire ou tissus non aigus</p> <p>- <b>Doppler</b> : <input type="checkbox"/> AVC sténose carotide</p>		<p><b>A Délai ≤ 0-3 jours</b></p>	
<p>- <b>Gynécologique</b> : <input type="checkbox"/> Échographie datation 1<sup>er</sup> trimestre</p> <p>- <b>Abdomino-pelvienne</b> : <input type="checkbox"/> Préciser l'image TDM dans bilan métastatique <input type="checkbox"/> Recherche d'ascite</p>		<p><b>B Délai 4-10 jours</b></p>	
<p>- <b>Gynécologique</b> : <input type="checkbox"/> Échographie 2<sup>ème</sup> 3<sup>ème</sup> trimestre  <input type="checkbox"/> Ménométrorragie  <input type="checkbox"/> Échographie datation ou âge gestationnel  <input type="checkbox"/> Staging de néoplasie  <input type="checkbox"/> Saignement post ménopausique  <input type="checkbox"/> Évaluation de masse annexielle sans contexte gestationnel  <input type="checkbox"/> Croissance d'une masse cancéreuse</p> <p>- <b>Surface (testis, thyroïde, etc)</b> : <input type="checkbox"/> Déchirure de la coiffe  <input type="checkbox"/> Tendinite  <input type="checkbox"/> Masse des tissus mous  <input type="checkbox"/> Lymphadénie  <input type="checkbox"/> Thyroïdite  <input type="checkbox"/> Masse cancéreuse  <input type="checkbox"/> Masse testiculaire</p> <p>- <b>Abdomino-pelvienne</b> : <input type="checkbox"/> Bilan métastatique  <input type="checkbox"/> Bilan pré-greffe  <input type="checkbox"/> Évaluation d'une anomalie au TDM ou IRM hors contexte néoplasique  <input type="checkbox"/> Suspicion d'anévrisme de l'aorte asymptomatique  <input type="checkbox"/> Croissance d'une masse cancéreuse  <input type="checkbox"/> Hématurie  <input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé</p> <p>- <b>Doppler</b> : <input type="checkbox"/> Souffle carotidien asymptomatique</p>		<p><b>C Délai 11-28 jours</b></p>	
<p>- <b>Gynécologique</b> : <input type="checkbox"/> Screening histoire familiale de néoplasie  <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques</p> <p>- <b>Surface (testis, thyroïde, etc)</b> : <input type="checkbox"/> Kyste de Baker <input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien <input type="checkbox"/> Lipome cutané</p> <p>- <b>Abdomino-pelvienne</b> : <input type="checkbox"/> Souffle abdominal asymptomatique  <input type="checkbox"/> Screening histoire familial d'anévrisme  <input type="checkbox"/> Screening cirrhose ou hépatite  <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques  <input type="checkbox"/> Suiv d'anévrisme  <input type="checkbox"/> Fièvre d'origine inderminée</p> <p>- <b>Doppler</b> : <input type="checkbox"/> Mesure des artères poplitées</p>		<p><b>D Délai &lt; 3 mois</b></p>	

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES