



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

ÉCHOGRAPHIE

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

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

<input type="checkbox"/> Abdominale					
<input type="checkbox"/> Pelvienne					
<input type="checkbox"/> Abdomino-pelvienne					
Fœtale : <input type="checkbox"/> Datation <input type="checkbox"/> Clarté nucale <input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> 2 ^e trimestre <input type="checkbox"/> 3 ^e trimestre					
<input type="checkbox"/> Mammaire	→	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Thyroïdienne	→	<input type="checkbox"/> Biopsie			
<input type="checkbox"/> Cardiaque					
<input type="checkbox"/> Testiculaire					
<input type="checkbox"/> Prostate	→	<input type="checkbox"/> Biopsie			
<input type="checkbox"/> Musculo-squelettique	→	Précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Surface	→	Précisez : _____			

Doppler

<input type="checkbox"/> Artériel	<input type="checkbox"/> Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Membres supérieurs	
<input type="checkbox"/> Cervico-encéphalique			
<input type="checkbox"/> Veineux	Membre supérieur	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
	Membre inférieur	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Greffon rénal			
<input type="checkbox"/> 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			
Conditions cliniques		Niveau de priorité suggéré	
<p>- Gynécologique : <input type="checkbox"/> Saignement 2^{ème} et 3^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> Cœur fœtal 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> Douleur abdominale aiguë <input type="checkbox"/> Recherche de grossesse ectopique post B-HCG positive</p> <p>- Surface (testis, thyroïde, etc) : <input type="checkbox"/> Syndrome du compartiment <input type="checkbox"/> Douleur testiculaire <input type="checkbox"/> Arthrite aiguë septique</p> <p>- Abdomino-pelvienne : <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>- Doppler : <input type="checkbox"/> Thrombophlébite (si accueil clinique non disponible) <input type="checkbox"/> Thrombose, dissection des vaisseaux du cou</p>		<p>Si urgent référer directement à l'urgence de proximité</p>	
<p>- Gynécologique : <input type="checkbox"/> Saignement du 1^{er} trimestre post B-HCG positif <input type="checkbox"/> Recherche d'abcès <input type="checkbox"/> Rétention placentaire</p> <p>- Abdomino-pelvienne : <input type="checkbox"/> Recherche d'abcès</p> <p>- Surface (testis, thyroïde, etc) : <input type="checkbox"/> Traumatisme ligamentaire ou tissus non aigus</p> <p>- Doppler : <input type="checkbox"/> AVC sténose carotide</p>		<p>A Délai ≤ 0-3 jours</p>	
<p>- Gynécologique : <input type="checkbox"/> Échographie datation 1^{er} trimestre</p> <p>- Abdomino-pelvienne : <input type="checkbox"/> Préciser l'image TDM dans bilan métastatique <input type="checkbox"/> Recherche d'ascite</p>		<p>B Délai 4-10 jours</p>	
<p>- Gynécologique : <input type="checkbox"/> Échographie 2^{ème} 3^{ème} 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>- Surface (testis, thyroïde, etc) : <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>- Abdomino-pelvienne : <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>- Doppler : <input type="checkbox"/> Souffle carotidien asymptomatique</p>		<p>C Délai 11-28 jours</p>	
<p>- Gynécologique : <input type="checkbox"/> Screening histoire familiale de néoplasie <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques</p> <p>- Surface (testis, thyroïde, etc) : <input type="checkbox"/> Kyste de Baker <input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien <input type="checkbox"/> Lipome cutané</p> <p>- Abdomino-pelvienne : <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 indéterminée</p> <p>- Doppler : <input type="checkbox"/> Mesure des artères poplitées</p>		<p>D Délai < 3 mois</p>	

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES