

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <b>Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de l'Est-de-<br/>l'Île-de-Montréal</b><br><br><b>Québec</b> | <b>SECTION RÉSERVÉE<br/>POUR LE<br/>CODE À BARRE</b> | N° Dossier : _____   | Date de naissance : _____   | Sexe : _____                                      |
|  |  | Nom, Prénom : _____  | Nom de la mère : _____  | Adresse : _____                                   |
| Hôpital Maisonneuve-Rosemont   |  | Téléphone : _____  | Expiration : _____  |   |
| Tél : 514-252-3535   |  | <b>IMAGERIE MÉDICALE - RADIOLOGIE SPÉCIALISÉE</b>  |   |   |
| Date de la demande d'examen : _____  |  | Date ciblée : <span style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> </span>  |   |   |
| <input type="radio"/> <b>URGENCE</b> <input type="radio"/> Hospitalisé / n° chambre : _____  |  | <input type="checkbox"/> Isolation   |   |   |
| <b>Renseignements cliniques</b>  |  | <input type="checkbox"/> <b>ALLERGIE IODE</b> <input type="checkbox"/> <b>Facteurs de risques - prévention de chutes</b> |   |   |
| Signature du médecin traitant : _____ N° de permis : _____<br>N° OC ou OIP : _____<br>Signature inf. ou tech. imagerie médicale : _____ N° de permis : _____   |  |  |   |   |
| <b>Créatinine &lt; 3 mois requise</b>  |  |  |   |   |
| Si TFG ≤ 45ml/min., il est obligatoire de remplir OIP 3013 par médecin traitant.   |  |  |   | Date : _____                                      |
| <b>Est-ce que le patient prend de la Metformine (Glucophage)?</b><br><b>Si oui, un arrêt de 48 heures de la Metformine (Glucophage<sup>md</sup>) est nécessaire après l'examen.</b>                                      |  |  |   |   |
| <b>Imagerie du sein</b>  |  |  | <b>Échographie</b>  |   |
| <b>Apportez vos films et rapports antérieurs</b>   |  |  | <b>D</b>  | <b>G</b>  |
| <input type="checkbox"/> Mammographie diagnostique   |  |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Échographie sein  |  |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Stéréoguidée <input type="checkbox"/> Échoguidée   |  |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Cliché <input type="checkbox"/> Magnifié <input type="checkbox"/> Localisé  |  |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Mise en place de <input type="checkbox"/> harpon <input type="checkbox"/> marqueur  |  |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Drainage  |  |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                          |
| <b>Scan</b>  |  |  | <b>Doppler</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Crâne   | <input type="checkbox"/> Angio-scan :                |  | <input type="checkbox"/> Cervico-encéphalique   | <b>D</b> <b>G</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes   | Cardiaque  |  | <input type="checkbox"/> Membre supérieur veineux                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Massif facial   | <input type="checkbox"/> Score calcique              |  | <input type="checkbox"/> Membre inférieur veineux                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orbites   | <input type="checkbox"/> Coroscan (OIP00414)         |  | <input type="checkbox"/> Autre :  |   |
| <input type="checkbox"/> Cou   | <input type="checkbox"/> Rachis                      |  | <b>Angiographie et intervention</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Thorax  | <input type="checkbox"/> Membres :                   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Abdomino-pelvien  | <input type="checkbox"/> Bassin                      |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle  | <input type="checkbox"/> Biopsie :                   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Pyéloscan   | <input type="checkbox"/> Uroscan                     |  |   |   |
| <b>Réservé aux radiologistes et aux médecins traitants</b>   |  |  |   |   |
| Préparation rénale : <input type="radio"/> Oui (OIP 3013) <input type="radio"/> Non  |  |  | Protocole d'allergie : <input type="radio"/> Oui (OIP 3314) <input type="radio"/> Non |   |
| Protocole d'examen : _____   |  |  |   |   |
| Signature du radiologiste : _____  |  |  |   |   |

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES