

## REQUÊTE D'EXAMEN : ÉCHOGRAPHIE - DOPPLER - BIOPSIE SOUS ÉCHOGRAPHIE

Carte d'assurance-maladie: plaquez ici

Carte de l'hôpital: plaquez ici

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Examen demandé :

Renseignements cliniques :

Nom du médecin :

Signature du médecin :

No. de permis :

Date :

Nom et coordonnées du médecin de famille :

SVP, SUIVRE LES INSTRUCTIONS AU VERSO SELON  
LE TYPE D'EXAMEN DEMANDÉ.

Patiente enceinte OUI  NON

### URGENCE

À FAIRE CE JOUR SANS FAUTE \_\_\_\_\_  
D'ICI UNE SEMAINE \_\_\_\_\_

MAJEURE : \_\_\_\_\_

MINEURE : \_\_\_\_\_

CIVIÈRE : \_\_\_\_\_

FAUTEUIL : \_\_\_\_\_

Apposez l'autocollant avec le code à barres ici

Appels faits : 1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_  
3- \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous :

Heure :

NOTES :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Patient

\* Vous devez nous faire parvenir votre prescription d'examen par la poste, par télécopie au numéro (514) 362-2945 ou la déposer à la réception du service d'imagerie médicale. \*\*

\*\* Lors de votre visite, assurez-vous d'avoir en votre possession votre carte d'assurance maladie valide et votre carte de l'hôpital valide. Si vous n'avez pas de carte de l'hôpital valide, présentez-vous du centre de rendez-vous au local R-354 trente minutes avant votre rendez-vous afin de vous en procurer une. \*\*\*