

HÔPITAL NOTRE-DAME

1560 rue Sherbrooke Est
1er étage, Pavillon Lachapelle
Téléphone : 514-413-8735
Télécopieur : 514-362-2836
radiologie.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

IDENTIFICATION DU PATIENT

CSST OUI NON

DEMANDE D'EXAMEN EN RADIOLOGIE

SERVICE DE L'URGENCE UHB HOSPITALISÉ ACCUEIL CLINIQUE CLINIQUE EXTERNE BUREAU

EXAMEN DEMANDÉ : _____

RÉGION ANATOMIQUE : _____ DATE DE LA DEMANDE : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : _____

DÉLAI SUGGÉRÉ : _____

MÉDECIN REQUÉRANT : _____

SIGNATURE : _____ N° PERMIS : _____

ADRESSE CLINIQUE : _____ CODE POSTAL : _____

C.C. : _____

DATE DE RENDEZ-VOUS : _____

ISOLEMENT : OUI NON

PATIENTE ENCEINTE : OUI NON

ÉTIQUETTE RADIMAGE

Allergie Iode Gadolinium

Réaction: _____

Créatinine: _____ Date: _____

TFG: _____ ml/min Date: _____

Poids: _____

Diabétique Glucophage

INR: _____

PT: _____

CL: _____

PTT: _____

Nom : Prénom : # Dossier :

PROCÉDURE D'ENREGISTREMENT MANUELLE À REMPLIR LORS D'UNE PANNE DE RADIMAGE

N° DOSSIER : _____ DATE : _____ HEURE D'ARRIVÉE : _____

EXAMEN DEMANDÉ : _____

PROVENANCE : _____ DÉTAIL DE PROVENANCE : _____

RESPONSABILITÉ DE PAIEMENT : _____

MÉDECIN REQUÉRANT : _____ N° DE LICENCE : _____

N° DE SALLE : _____ MODE D'ARRIVÉE : _____

DÉBUT DE L'EXAMEN : _____ FIN DE L'EXAMEN : _____

VIDÉO : _____ INDICATEUR DE DOSE : _____

NOMBRE D'IMAGES : _____ EXPOSITION : _____ SCOPIE : _____

RADIOLOGUE PRÉSENT : _____

RÉSIDENT PRÉSENT : _____

TECHNOLOGUE PRINCIPAL : _____

AUTRE(S) TECHNOLOGUE(S) : _____

INJECTION

PRODUIT DE CONTRASTE : _____

QUANTITÉ INJECTÉE : _____

SITE D'INJECTION : _____

NUMÉRO DE LOT : _____

MÉDICAMENT : _____