

## REQUÊTE D'EXAMEN : TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN)

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 :

**AFIN D'ASSURER LA SÉCURITÉ DU PATIENT, IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO DE LA REQUÊTE.**

Patiente enceinte OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Allergie iode OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

### CRÉATININE

Valeur créatinine :

GFR :

Date :

**Patient**

### 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 :

PROTOCOLE : C-  C+  C-/+  SOIRÉE

(RÉSERVÉ AU RADIOLOGUE) Délai : \_\_\_\_\_

VOIR OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

BOIRE OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

LAVEMENT OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

SURRÉNALES OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

ABDOMEN OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

PELVIEN OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

PROTOKOLÉ PAR : \_\_\_\_\_

\*\* 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 au centre de rendez-vous du local R-354 trente minutes avant votre rendez-vous afin de vous en procurer une. \*\*