

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: _____