

REQUÊTE D'EXAMEN : GRAPHIE - SCOPIE

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 POUR LES EXAMENS MENTIONNÉS AU VERSO DE LA REQUÊTE.

Patiente enceinte OUI _____ NON _____

Allergie iode OUI _____ NON _____

SECTION ORTHOPÉDIE

Rx avec plâtre OUI _____ NON _____

Bille ortho OUI _____ NON _____

Bilan axial 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

**Pour rendez-vous; S.V.P APPELEZ
au (514) 765 - 7341**

SECTION SALLE D'OP :

Scopie :

Dose :

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

INSTRUCTIONS POUR LES PRÉPARATIONS

Si votre examen est une **GORGÉE BARYTÉE**, un **REPAS BARYTÉ** ou un **TRANSIT DU GRÊLE**,
vous devez être :

à jeun (ne rien boire ni manger et ne pas mâcher de la gomme) à partir de minuit la veille de l'examen.

Si votre examen est un **LAVEMENT BARYTÉ**, vous devez :

Commencer la diète 24 heures avant votre rendez-vous et suivre la préparation
complète pour l'examen.

Si votre examen est une **ARTHROGRAPHIE**, une **INFILTRATION** ou un **BLOC FACETTAIRE** :

Il n'y a aucune préparation particulière à suivre. *Avisez la secrétaire de toutes allergies à des
médicaments ou à l'iode.*

QUESTIONNAIRE D'EXAMEN:SCOPIE - GRAPHIE

**POUR UN RENDEZ-VOUS POUR UNE ARTHROGRAPHIE, UNE INFILTRATION, UN BLOC FACETTAIRE OU
POUR L'INSTALLATION D'UN PICCLINE, VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE**

Spécifiez :

- | | | |
|--|---------------------|-------|
| 1- Faites-vous du diabète ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 2- Avez-vous une maladie cardiaque ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 3- Avez-vous une maladie pulmonaire ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 4- Avez-vous une maladie aux reins ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 5- Faites-vous de la haute pression artérielle ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 6- Faites-vous de l'asthme ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 7- Faites-vous de l'urticaire ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 8- Souffrez-vous de la fièvre des foies ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 9- Prenez-vous des anticoagulants ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 10- Êtes-vous allergique à des médicaments ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 11- Êtes-vous allergique à l'iode ? | OUI _____ NON _____ | _____ |
| 12- Avez-vous d'autres allergies ? | OUI _____ NON _____ | _____ |

Signature du médecin

Date

Signature du patient