

Fiche d'informations du résident pour le Rendez-vous en imagerie médicale et médecine nucléaire

Transmettre cette fiche par télécopieur, en tout temps, avec la requête d'examen
Imagerie médicale : 514-362-2945 Médecine nucléaire : 514 362-2816

Nom du centre d'hébergement	Numéro télécopieur
Nom du patient	Nom du médecin et Permis
RAMQ	Personne ressource et téléphone
Coopératif <input type="checkbox"/> Non coopératif <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Anxieux <input type="checkbox"/> Comportement défensif <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Trouble de vision <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/>	Mobilité : Marche sans aide <input type="checkbox"/> Utilise une canne <input type="checkbox"/> Utilise une marchette <input type="checkbox"/> Utilise un fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Utilise un fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Civi�re <input type="checkbox"/> Transfert : aide avec 1 personne <input type="checkbox"/> aide avec 2 personnes <input type="checkbox"/> pivot <input type="checkbox"/> Levier <input type="checkbox"/> (toile laissée sous le patient) Poids du résident : _____ Transport : Taxi <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/>
Langue parl�e : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____ Accompagnateur : Préposé <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/>	Médication nécessaire avant l'examen? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> précisez: _____ Chirurgie récente :