

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 _____

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

SECTION SALLE D'OP :

Scopie :

Dose :

Appels faits : 1-

2-

3-

Date du rendez-vous :

Heure :

Notes : _____

* 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.