

IMAGERIE MÉDICALE

EXAMENS SANS RENDEZ-VOUS

Présentez-vous au service de radiologie
du lundi au vendredi sauf les jours fériés
entre 9 h et 11 h et entre 13 h et 15 h
clinique externe en tout temps

Médecin de famille : _____

Précautions additionnelles : contact aérienne gouttelettes autre c. difficile SARM

RADIOGRAPHIE

8152 Abdomen	8150 Abdomen calcul	8080 Hanche	G D
8053 Série scoliotique		8063 Humérus	G D
8093 Âge osseux		8085 Jambe	G D
8075 Articulations acromio-claviculaires		8067 Main	G D
8058 Articulations sacro-iliaques		8124 Massif facial	
8118 Articulations sterno-claviculaires		8023 Maxillaire inférieur	
8024 Articulations temporo-maxillaires		8031 Nez	
8065 Avant-bras G D		8074 Omoplate	G D
8054 Bassin	8055 Bassin/2 hanches	8090 Orteil	G D
8086 Cheville G D	8056 Bassin/hanche G D	8087 Pied	G D
8060 Clavicule G D		8087 Pied/cheville	G D
8110 Coccyx		8066 Poignet	G D
8128 Colonne cervicale		8068 Poignet/main	G D
8042 Colonne dorsale		8066S Scaphoïde	G D
8059 Colonne lombaire		8101 Sacrum	
8064 Coude G D		8100 Poumons	
8010 Crâne		8125 Sinus	
8069 Doigt G D		8117 Sternum	
8062 Épaule G D		8115 Thorax	G D
8083 Fémur G D		8037 Tissus mous du cou	
8084 Genou G D	8084 R Rotule G D	Autres : _____	

MESSAGE À LA CLIENTÈLE

- Présentez-vous au service de radiologie
SANS RENDEZ-VOUS
(VOIR RUBRIQUE PLUS HAUT)
- La journée où vous allez vous présenter, apportez :
 - ce formulaire (obligatoire)
 - votre carte d'assurance maladie
 - votre carte d'hôpital

PRIORITÉS OBLIGATOIRES PAR LE MÉDECIN:

- P1** **P4** Délai :
P2 **P5** Congé prévu :
P3

Rens. Cliniques pertinents : _____

Diagn. Provisoire : _____

NOM DU MÉDECIN (en lettres moulées)

Signature et # de permis d'exercice (obligatoire)

Date : _____ No. téléphone _____