

INFORMATION DES PATIENTS	INFORMATION SUR LE MÉDECIN RÉFÉRENT
--------------------------	-------------------------------------

Prénom _____
Nom de famille _____
D.D.N _____
Téléphone _____
Courriel _____

Date _____ AAAA / MM / JJ
Nom du médecin _____ Permis # _____
Adresse _____
Téléphone _____ Télécopieur : _____
Signature _____

INFORMATIONS CLINIQUES – Obligatoires

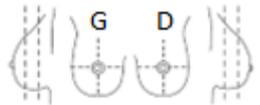
* IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE [IRM] – sur rendez-vous uniquement ①

<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> C.A.I.	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Bassin (uterus, ovaires, etc.)	<input type="checkbox"/> Tissus mou
<input type="checkbox"/> ARM – Polygone de Willis	<input type="checkbox"/> MRA – Cou (carotide)	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Bassin (osseux)	<input type="checkbox"/> Arthrographie IRM, préciser: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D _____
<input type="checkbox"/> Selle turcique	<input type="checkbox"/> Tissus mous du cou	<input type="checkbox"/> Biopsie guidée par IRM	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Pharynx	<input type="checkbox"/> Abdomen (foie reins, etc.)	<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	
<input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Plexus brachial	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire	

RAYONS-X – sans rendez-vous

Tête Cou	Poumons Côtes Abdomen	Colonne Vertébrale Bassin	Membres supérieurs	Membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Colonne Cervicale	<input type="checkbox"/> Articulations acromio-claviculaires	<input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Colonne Dorsale	<input type="checkbox"/> Articulations sternoclaviculaires	<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> Maxillaire	<input type="checkbox"/> Sternum	<input type="checkbox"/> Colonne Lombaire	<input type="checkbox"/> Âge osseux	<input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> Tissus mous du cou	<input type="checkbox"/> Abdomen (reins, uretères et vessie)	<input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques	<input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Tibia
<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Série abdominale	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> Orbites		<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> Mastoïde		<input type="checkbox"/> Sacrum	<input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> A.T.M.		<input type="checkbox"/> Coccyx	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
		<input type="checkbox"/> Série scoliotique	<input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Mesures des membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Orthodiagraphie
			<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	

MAMMOGRAPHIE DENSITOMÉTRIE – sans rendez-vous

<input type="checkbox"/> Diagnostique ② <input type="checkbox"/> * Depistage ② <input type="checkbox"/> Agrandissement (vues supplémentaires) ② <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	<input type="checkbox"/> Densitométrie osseuse ③ (inclus le profil de la colonne vertébrale dorso-lombaire) Date du dernier examen: AAAA / MM / JJ <input type="checkbox"/> + Lipo

TRAITEMENT MUSCULO-SQUELETTIQUE – sur rendez-vous uniquement ④

TRAITEMENT MUSCULO-SQUELETTIQUE	FLUOROSCOPIE MUSCULO-SQUELETTIQUE
<input type="checkbox"/> Diagnostique par échographie et injection de cortisone, région : _____ <input type="checkbox"/> Ponction ou aspiration de kyste, région : _____ <input type="checkbox"/> Lavage au calcium, région : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Arthrographie et injection de cortisone, région : _____ <input type="checkbox"/> Arthrographie distensive, région : _____ <input type="checkbox"/> Répéter 3 fois si nécessaire <input type="checkbox"/> Bloc(s) facettaire(s) lombaire(s), niveaux : _____

ÉCHOGRAPHIE – sur rendez-vous uniquement

ÉCHOGRAPHIES GÉNÉRALES	ÉCHOGRAPHIE MUSCULO-SQUELETTIQUES	ÉCHOGRAPHIE VASCULAIRES		
<input type="checkbox"/> Abdominale ⑤ <input type="checkbox"/> Bassin ⑥ <input type="checkbox"/> Endovaginale <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Surface <input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Testicules <input type="checkbox"/> Rénal <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Doppler carotidien <input type="checkbox"/> Doppler hépatique <input type="checkbox"/> Doppler rénal, y compris l'abdomen <input type="checkbox"/> Doppler veineux (membre supérieur ou inférieur) <input type="checkbox"/> Doppler artériel (membre supérieur ou inférieur)		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="padding: 5px;">ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Examen obstétrical pelvien du premier trimestre (cœur du fœtus et datation) ⑦ <input type="checkbox"/> Nombre de follicules </td> </tr> </table>	ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES	<input type="checkbox"/> Examen obstétrical pelvien du premier trimestre (cœur du fœtus et datation) ⑦ <input type="checkbox"/> Nombre de follicules
ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES				
<input type="checkbox"/> Examen obstétrical pelvien du premier trimestre (cœur du fœtus et datation) ⑦ <input type="checkbox"/> Nombre de follicules				

* MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TOMODENSITOMÉTRIES – sur rendez-vous 2345 RUE GUY [514-933-5885] ⑧

CT SCANS	SCINTIGRAPHIES		
<input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Perfusion myocardique (MIBI) <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique (MUGA) <input type="checkbox"/> Rénal <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Tc99mm <input type="checkbox"/> Iode123		
<input type="checkbox"/> Enteroscan <input type="checkbox"/> Canaux auditifs internes <input type="checkbox"/> Angioscan <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle <input type="checkbox"/> Autre : _____ Taux de créatinine: _____	<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique, préciser : _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="padding: 5px;">TEP/CT</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> TEP en oncologie ⑩ <input type="checkbox"/> TEP neurologie : FDG <input type="checkbox"/> Amyloid <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Parathyroïdes <input type="checkbox"/> Vidange gastrique <input type="checkbox"/> DAT SPECT <input type="checkbox"/> Globules blancs (Infection) <input type="checkbox"/> Globules rouges (Hémangiomes) <input type="checkbox"/> Autre : _____	TEP/CT	<input type="checkbox"/> TEP en oncologie ⑩ <input type="checkbox"/> TEP neurologie : FDG <input type="checkbox"/> Amyloid <input type="checkbox"/>
TEP/CT			
<input type="checkbox"/> TEP en oncologie ⑩ <input type="checkbox"/> TEP neurologie : FDG <input type="checkbox"/> Amyloid <input type="checkbox"/>			

