

Isolement N O (précisez) : _____

Oxygène _____ Rendez vous le _____

Requête # _____ Tech _____

Nom

Dossier

Téléphone

RAMQ

PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AU 450-431-8777 AVANT DE VOUS PRÉSENTER

▶ INDIQUE UN EXAMEN AVEC UN RENDEZ-VOUS, SI RIEN N'EST INDIQUÉ, L'EXAMEN EST SANS RENDEZ-VOUS, VOUS PRÉSENTER ALORS AVANT 15 H 30 LES JOURS OUVRABLES

→ **L'original de la demande vous sera demandé lors de votre rendez-vous.**

<p style="text-align: center;">ACCÈS AU SERVICE</p> <p><input type="checkbox"/> Sur pied <input type="checkbox"/> Au lit</p> <p><input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Dans son lit</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Bloc opératoire</p> <p style="text-align: center;">PROVENANCE ET (TYPE)</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé chambre # _____</p> <p><input type="checkbox"/> Urgence (Ext Inscrit) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bureau privé de médecin (Ext enregistré)</p> <p><input type="checkbox"/> Clinique externe (Ext. Inscrit)</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine d'un jour (Ext inscrit)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>DATE : _____</p> <hr/> <p>NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)</p> <p>_____</p> <p>SIGNATURE ET NO DE PRATIQUE</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>Renseignement clinique : _____</p> <p>_____</p>
---	---

CRÂNE ET RACHIS

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 8030 <input type="checkbox"/> Orbites C.E. | 8023 <input type="checkbox"/> Maxillaire inf. | 8058 <input type="checkbox"/> Art. Sacro-iliaques | ▶ <input type="checkbox"/> Bloc facettaire |
| 8010 <input type="checkbox"/> Crâne | 8036 <input type="checkbox"/> Panorex | 8115 <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | ▶ Cervical <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| 8011 <input type="checkbox"/> Orbites | 8128 <input type="checkbox"/> R. cervical | 8117 <input type="checkbox"/> Sternum | ▶ Dorsal <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| 8125 <input type="checkbox"/> Sinus | 8042 <input type="checkbox"/> R. dorsal | 8053 <input type="checkbox"/> Série scoliotique | ▶ Lombaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| 8123 <input type="checkbox"/> Massif facial | 8059 <input type="checkbox"/> R. lombo-sacré | | Niveaux _____ |
| 8031 <input type="checkbox"/> Nez | 8101 <input type="checkbox"/> Sacrum | | |
| 8037 <input type="checkbox"/> Cavum | 8110 <input type="checkbox"/> Coccyx | | |

SYSTÈME CARDIO-RESPIRATOIRE

- 8100 Poumons 8037 Tissus mous du cou / Larynx phonation

TRACTUS GASTRO-INTESTINAL/SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ♦ **Préparation au verso**

- | | | |
|--|---|--|
| 8150 <input type="checkbox"/> Abdomen AP/calcul | ▶ ♦ 8156 <input type="checkbox"/> Intestin grêle | ▶ 8186 <input type="checkbox"/> Pyélo rétrograde |
| 8152 <input type="checkbox"/> Série Abdominale | ▶ ♦ 8149 <input type="checkbox"/> Lavement baryté | ▶ 8187 <input type="checkbox"/> Urétrographie |
| ▶ 8133 <input type="checkbox"/> Œsophagographie | ▶ ♦ 8160B <input type="checkbox"/> Lavement baryté double contraste | ▶ 8190 <input type="checkbox"/> Cysto mictionnelle |
| ▶ ♦ 8154 <input type="checkbox"/> Repas baryté BB | Diabétique : <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| | Allergie : _____ | |

EXTRÉMITÉS

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 8092 <input type="checkbox"/> Âge osseux | 8068 <input type="checkbox"/> Main poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8085 <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | ▶ <input type="checkbox"/> Arthrographie |
| 8060 <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8069 <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8086 <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | ▶ 8116G <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| 8074 <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8054 <input type="checkbox"/> Bassin | 8087 <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | ▶ 8116G <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| 8075 <input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire | 8055 <input type="checkbox"/> Bassin + hanches bilat | 8087C <input type="checkbox"/> Calcanéum <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | ▶ 8116G <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| 8118 <input type="checkbox"/> Art. sterno-claviculaire | 8056 <input type="checkbox"/> Bassin hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8090 <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | |
| 8062 <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8080 <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8091 <input type="checkbox"/> Scano membres inf. | ▶ 8281M <input type="checkbox"/> Série métabolique |
| 8063 <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8083 <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8095 <input type="checkbox"/> Membres inf <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | ▶ 8282 <input type="checkbox"/> Étude osseuse |
| 8064 <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8084G <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | | |
| 8065 <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8084R <input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | 8280R <input type="checkbox"/> Série rhumatoïde | |
| 8066P <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | | | |
| 8067 <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | HP <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> | | |

Réservé à l'usage de l'imagerie médicale	
# salle	Nb expo
Min. scopie	Tech

PRÉPARATIONS

◆ INTESTIN GRÊLE

- Jeûne complet à partir de minuit, la veille de l'examen. (Prévoir entre 1 et 8 heures pour l'examen, dépendamment de la vitesse de votre digestion)

◆ LAVEMENT BARYTÉ

- Vous devez vous procurer, dans une pharmacie, les produits qui sont soulignés dans la préparation.
- **La veille (jour avant l'examen) : « diète liquide seulement »**
 1. Boire seulement des **liquides clairs**, minimum de 8 à 10 onces d'eau par heure, du lever (8h00 a.m.) au coucher.
 2. **Les liquides permis sont** : Eau, jus de fruit (pomme, canneberge et raisin seulement), bouillon, Jell-O régulier.
 3. **À 16 heures** : Boire 10 onces de CITROMAG réfrigéré
 4. **À 19 heures** : Prendre 3 dragées de DULCOLAX (5mg)
- **Jour de l'examen : Le matin à 7h00**, prendre un suppositoire de DULCOLAX (10mg)

**ATTENTION : Arrêter de boire 8 heures avant l'examen.
Ne pas fumer à partir de minuit.**

◆ REPAS BARYTÉ

- Jeûne complet à partir de 19 heures, la veille de l'examen. **Ne pas fumer.**

LE JEÛNE COMPLET C'EST :

NE RIEN MANGER

NE RIEN BOIRE

NE PAS FUMER

NE PAS MÂCHER DE GOMME

AVIS IMPORTANT Pour tous les examens, si vous avez des médicaments « **essentiels** » à prendre, vous pouvez les prendre avec un peu d'eau. Sinon attendre à la fin de l'examen. Vérifier auprès de votre médecin pour connaître les médicaments qui vous sont essentiels.

**PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AU 450-431-8777 AVANT DE VOUS PRÉSENTER ET
APPORTER UN SAC LORS DE VOTRE EXAMEN POUR VOS VÊTEMENTS**