

PRESCRIPTION



SORAD

Société des radiologistes
de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont

Clinique Maisonneuve
130-5345, boul. de L'Assomption
Montréal QC HIT4B3 • F 514 254-0822

Clinique Bélanger
201- 3000 Bélanger Est,
Montréal QC H1Y 1A9 • F 514 725-2237

www.sorad.ca

Pour prendre rendez-vous :
(514) 254-0286 ou rdv@sorad.ca

**S.V.P. APPORTER CETTE FEUILLE
LE JOUR DE L'EXAMEN**

- Pré-emploi Expertise
 RAMQ SAAQ CSST

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____

Date de naissance : _____ Année/Mois/Jour

No. de ramq : _____

- Rapport immédiat :
 Le patient peut quitter

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Signature du médecin traitant et no. de permis

SANS RENDEZ-VOUS

- | | | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques | <input type="checkbox"/> Hémithorax | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Doigt | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Sacrum | <input type="checkbox"/> Art. Acro. clav. | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Cavum | <input type="checkbox"/> Coccyx | <input type="checkbox"/> Clavicule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Fémur | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Série Métastatique | <input type="checkbox"/> Omoplate | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Nez | <input type="checkbox"/> Série Articulaire | <input type="checkbox"/> Épaule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Rotule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Art. temporo.-max | <input type="checkbox"/> Âge osseux | <input type="checkbox"/> Humérus | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne Cervicale | <input type="checkbox"/> Abdomen (1 incidence) | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne Dorsale | <input type="checkbox"/> Abdomen (incidences multiples) | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne Lombo-sacrée | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Orteil | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Sternum | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | | | |
| <input type="checkbox"/> Scanographie (m. inf.) | <input type="checkbox"/> Art. Sterno-clav. | <input type="checkbox"/> Autres | | | | | |

AVEC RENDEZ-VOUS

INTERVENTION MUSCULO-SQUELETTIQUE (DES FRAIS SONT APPLICABLES POUR LE PRODUIT INJECTABLE)

DES CLICHÉS RADIOGRAPHIQUES DE LA RÉGION ANATOMIQUE VISÉE PAR L'INTERVENTION POURRAIENT ÊTRE PRIS AVANT L'EXAMEN.

- Bloc facettaire _____ niveaux _____ D G Arthrographie thérapeutique _____ D G
 Infiltration thérapeutique _____ D G

ÉCHOGRAPHIE MUSCULO-SQUELETTIQUE (DES FRAIS SONT APPLICABLES POUR LE PRODUIT INJECTABLE)

LES EXAMENS ÉCHOGRAPHIQUES EN LABORATOIRE PRIVÉ NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RAMQ. ILS SONT AUX FRAIS DU PATIENT.

- Échographie diagnostique _____ D G Infiltration échoguidée _____ D G
 Échographie diag. avec infiltration _____ D G Aspiration et lavage calcique _____ D G

EXAMENS DU TUBE DIGESTIF

- Oesophage Repas baryté d.c Grêle Lavement

MAMMOGRAPHIE

OSTÉODENSITOMÉTRIE

LA PATIENTE DOIT APPORTER SES MAMMOGRAPHIES ANTÉRIEURES

- Diagnostique Dépistage (PQDCS)

D G Bil.

Centre de Dépistage (CDD) affilié au Centre de Référence et d'Investigation Diagnostique (CRID) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

ÉCHOGRAPHIE (CLINIQUE MAISONNEUVE SEULEMENT)

LES EXAMENS ÉCHOGRAPHIQUES EN LABORATOIRE PRIVÉ NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RAMQ. ILS SONT AUX FRAIS DU PATIENT.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abdominale | <input type="checkbox"/> Testiculaire |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne (+/- endovaginale) | <input type="checkbox"/> Thyroïdienne <input type="checkbox"/> avec biopsie |
| <input type="checkbox"/> Surface: _____ | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> sein droit <input type="checkbox"/> sein gauche <input type="checkbox"/> +/- ponction | DOPPLER |
| <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique : _____ | <input type="checkbox"/> Artériel (Cervico-encéphalique) |
| <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque + doppler | <input type="checkbox"/> Veineux (membres inférieurs pour recherche de TPP) |
| <input type="checkbox"/> Prostatique (endorectale) | |

Préparation d'examen au verso

Veuillez apporter cette requête et votre carte d'assurance-maladie le jour de l'examen. Assurez-vous que votre carte d'assurance-maladie est toujours valide.