

## Radiologie (RX) Secteur général

ISOLEMENT :  OUI  NON

PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

ENCEINTE  OUI  NON DDM: \_\_\_\_\_

BHCG  demandée SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Nom: _____			
Prénom: _____			
Dossier: _____			
RAMQ: _____			
Date de naissance: _____			
Chambre: _____			
AMBULANT:	CHAISE ROULANTE:	CIVIÈRE:	NOTES ÉTAGES:
À FAIRE AU CHEVET:	SOP:	SALLE DE RÉVEIL:	

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS (OBLIGATOIRE) :

PRESCRIT LE : \_\_\_\_\_

N° LICENSE : \_\_\_\_\_

M.D. TRAITANT, SIGNATURE : \_\_\_\_\_

MEMBRES SUPÉRIEURS		MEMBRES INFÉRIEURS		COLONNE ET BASSIN		TÊTE ET CRÂNE				
Art. acromio-clav	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Poignet	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Fémur	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Cervicale	Crâne			
Art. Sterno-clav	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Scaphoïde	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Genou	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Dorsale	Massif facial			
Clavicule	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Main	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Jambe	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Lombaire	Max inf.			
Omoplate	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Doigt Précisez:	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Cheville	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Art. sacro-iliaque	Tissus mous du cou/Cavum			
Épaule	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Pied	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Bassin				
Humérus	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Orteil Précisez :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Orteil	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Hanche	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Nez
Coude	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G					Précisez :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Sacrum		Orbites
Avant-bras	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G							Coccycx		A.T.M.
POUMONS-THORAX								Calcanéum	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
Poumons	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	EXAMEN SPÉCIAUX				SÉRIE				
Inspi/expi	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Sternum	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Âge osseux	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Série scoliotique (Debout) avec corset	Articulaire			
Lordotique	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Genou	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Metastatique		
Post BTT	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Bilan axial	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Scanographie/ mesure membre inférieur	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Metastatique		
Décub. Latéral	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Orthoview	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			+ os long		

SYSTÈME DIGESTIF	NEUROLOGIE	MUSCULO-SQUELETTIQUE	SYSTÈME URINAIRE	
Gorgée baryté modifié GBM	Bloc facettaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Niveaux: (Aucune ordonnance répétitive acceptée)	Ponction Lombaire Chimio Prélèvements (Joindre feuilles d'analyses)	Arthrographie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Thérapeutique Région: (cortisone)	Abdomen
Œsophage/ Étude de déglutition				Cystographie (Sonde urinaire obligatoire)
CPRE (cholangio-pancréato- rétrograde) <b>(à jeun)</b>				Cystographie mictionnelle (Sonde urinaire obligatoire)
ABDOMEN (standard)				Fluoroscopie pour installation double J
Abd. déc. lat		Patient sous anticoagulant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Analyses sanguine à faire le jour même : INR et Plaquettes	Arthrographie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G distensive. Région:	Pyélographie rétrograde <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Levine				Pyélographie I.V.
				Pyélographie tube T
				Urétrographie

**AUTRES:**