

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 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Précisez:	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 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Précisez :	Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Nez			
Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Sacrum	Orbites			
Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Coccyx	A.T.M.			
POUMONS-THORAX		Calcanéum <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G					
Poumons	Thorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	EXAMEN SPÉCIAUX		SÉRIE			
Inspi/expi	Sternum	Âge osseux <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Série scoliotique (Debout)	Articulaire			
Lordotique		Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	avec corset	Metastatique			
Post BTT		Bilan axial <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Scanographie/ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G mesure membre inférieur	Metastatique + os long			
Décub. Latéral <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		Orthoview					

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) 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 Thérapeutique Région: (cortisone)	Abdomen		
Œsophage/ Étude de déglutition					Cystographie (Sonde urinaire obligatoire)		
CPRE (cholangio-pancréato-rétrograde) (à jeun)					Cystographie mictionnelle (Sonde urinaire obligatoire)		
ABDOMEN (standard)				Fluoroscopie pour installation double J			
Abd. déc. lat				Pyélographie rétrograde <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			
Levine			Pyélographie I.V.				
			Pyélographie tube T				
			Urétrographie				

AUTRES: