



**DEMANDE D'EXAMEN D'ÉCHOGRAPHIE  
 DE RADIOGRAPHIE ET DE RADIOSCOPIE**

**LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES  
 DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.**

**Provenance de la demande :**

- Hospitalisée                       Urgence  
 Soins ambulatoires               Consultations externe  
 Clinique médicale extérieure    Réseau accessibilité médicale

**Mobilité :**

- Ambulant    Fauteuil roulant  
 Civière     Lit  
 Chevet

**Lieu de l'examen :**

- Première disponibilité  
 HEJ    HSS    L'HDQ  
 CHUL    HSFA

**Précautions additionnelles :**  Non    Oui    Ne sais pas

Si oui, préciser :  Aérienne    Gouttelettes/contact    Contact    Contact renforcé    Autre \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité MSSS**

- Urgent (0 à 24 heures)    A (0-3 jours)    B (4-10 jours)    C (11-28 jours)    D (moins de 3 mois) \_\_\_\_\_  
 E (plus de 3 mois) \_\_\_\_\_    Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_    Projet de recherche : \_\_\_\_\_

**EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indications cliniques et question à laquelle l'examen doit répondre :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'utilisateur a-t-il bénéficié d'un examen de la même région anatomique dans un autre milieu ?**  Non    Oui

Si oui : Dans quel établissement ? \_\_\_\_\_ Type d'examen  IRM    TDM    ÉCHO

**Réaction(s) à un produit de contraste iodé**

- Non    Oui

**Type de réaction(s)**

- Urticaire  
 Rougeur  
 Difficulté respiratoire  
 Choc anaphylactique  
 Autre \_\_\_\_\_

**Médecin demandeur :** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

c. c. : \_\_\_\_\_