



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

S.V.P. APPORTER CETTE FEUILLE

Nom: _____ Date de naissance: _____
 Année / Mois / Jour

No. de téléphone: _____ Rendez-vous le: _____ Heure: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Notes: _____

Rapport immédiat Télécopieur: _____

Tech. _____

Signature du médecin traitant: _____

Date: _____ # permis: _____

SANS RENDEZ-VOUS

<p>THORAX</p> <p><input type="checkbox"/> Poumons</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Sternum</p> <p>ABDOMEN</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen simple</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen incidences multiples</p> <p>DIVERS</p> <p><input type="checkbox"/> Âge osseux</p> <p><input type="checkbox"/> Série osseuse <input type="checkbox"/> articul. <input type="checkbox"/> métast.</p> <p><input type="checkbox"/> Scanographie ou mesure des membres inférieurs</p>	<p>TÊTE ET COU</p> <p><input type="checkbox"/> Crâne</p> <p><input type="checkbox"/> Massif facial</p> <p><input type="checkbox"/> Nez</p> <p><input type="checkbox"/> Tissus mous du cou</p> <p><input type="checkbox"/> Maxillaire inf.</p> <p><input type="checkbox"/> Cavum</p> <p><input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaire</p> <p>RACHIS</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical</p> <p><input type="checkbox"/> Dorsal</p> <p><input type="checkbox"/> Lombo-sacrée</p> <p><input type="checkbox"/> Sacrum</p> <p><input type="checkbox"/> Coccyx</p> <p><input type="checkbox"/> Bassin & hanches</p> <p><input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques</p>	<p>MEMBRE SUPÉRIEUR</p> <p><input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>MEMBRE INFÉRIEUR</p> <p><input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Rotule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Pied pos. de charge <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p>
--	---	--	---

SUR RENDEZ-VOUS N.B.: UN RETARD DE 10 MINUTES SERA TOLÉRÉ SINON VOTRE RENDEZ-VOUS SERA REPORTÉ

OSTÉODENSITOMÉTRIE **MAMMOGRAPHIE** (CDD, CRID, Agréé par la CAR)

Incluant une colonne dorso-lombaire Dépistage (PQDCS) Diagnostique

La RAMQ couvre un examen par an. D G Bilatérale

ÉCHOGRAPHIE

Liste d'attente unique en échographie:

Toutes les demandes pour un examen échographique doivent être acheminées à l'hôpital (CISSS de Lanaudière-CHRD) par télécopieur au 450-759-2133 ou en personne, en radiologie, située aux cliniques externes. Aucune demande de rendez-vous en échographie ne sera acceptée aux Services Radiologiques de Joliette mais le rendez-vous pourra avoir lieu soit à l'hôpital soit aux Services Radiologiques de Joliette.