

Nom, prénom: _____

IMAGERIE MÉDICALE

Avis aux médecins:

Remettre la requête au patient afin qu'il se présente
sans rendez-vous

au CARL, au CLSC Ste-Rose ou à la Cité de la Santé
(NE PAS ENVOYER CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR)

Section obligatoire à compléter par le médecin responsable

Renseignements cliniques : _____

Patiente enceinte _____ sem.

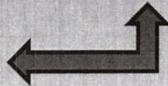
Signature: _____ # de licence **obligatoire**: _____

Date: _____ Adresse: _____

RADIOGRAPHIE STANDARD

**Vous devez vous présenter au CARL pour
un des trois examens ci-dessous**

- Série métastatique
- Série articulaire
- Série rhumatoïde



- Poumons
- Abdomen
- Scanographie M.I.
- Age osseux
- Crâne
- Sinus
- Massif facial
- Orbites
- Nez
- Maxillaire supérieur
- Maxillaire inférieur
- Panorex (Examen fait à la CSL seulement)
- Tissus mous du cou
- Colonne cervicale
- Colonne dorsale
- Colonne lombo-sacrée
- Sacrum / coccyx
- Art. sacro-iliaques
- Bassin
- Autres: _____

- | | D | G |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Grand axe monopodal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (Fait au CLSC) |
| <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fémur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fémur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rotule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Calcanéum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orteil: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Clavicule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Omoplate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Épaule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Humérus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Doigt: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SANS RENDEZ-VOUS

Vous pouvez vous présenter au CARL, au CLSC Ste-Rose ou à la Cité de la Santé

IMPORTANT: Vous devez apporter la requête originale lors de votre visite



Par souci pour l'environnement, nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements

ADRESSE DES ENDROITS DÉSIGNÉS

IMPORTANT: Votre demande se fait en service ambulatoire. Veuillez téléphoner pour connaître les heures d'ouverture. Vous devez apporter votre requête d'examen ainsi que votre carte d'assurance maladie lors de votre visite

CARL ↓

Imagerie Médicale
1515, boul Chomedey #N106
Chomedey, Laval, QC
H7V 3Y7
450-978-8300 faites le 1-8358#

CLSC Ste Rose ↓

Imagerie Médicale
280, boul du Roi-du-Nord #1622
Ste-Rose, Laval, QC
H7L 4L2
450-622-5110 poste 64910

Cité de la Santé ↓

Imagerie Médicale
1755, boul René-Laennec #RC198
Vimont, Laval, QC
H7M 3L9

- ⇒ (450) 975-5530 **IMPORTANT:** Vous devez apporter la requête originale lors de votre visite
- ⇒ Pour les examens de scan, échographie ou fluoroscopie, utiliser le formulaire approprié (CSL # 69-750-589)
- ⇒ Pour les examens de résonance magnétique, utiliser le formulaire approprié (CSL # 64-610-010)
- ⇒ Pour les examens en mammographie, utiliser le formulaire approprié (CSL # 69-750-585)
- 😊 Par souci pour l'environnement, nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements