

IMAGERIE MÉDICALE

Avis aux médecins:

Remettre la requête à l'utilisateur afin qu'il se présente

Sans rendez-vous

au Centre Ambulatoire Régional Laval, au CLSC Ste-Rose
ou à l'Hôpital de 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: _____
jj/mm/aaaa

RADIOGRAPHIE STANDARD

**Vous devez vous présenter à
l'hôpital de la Cité-de-la-Santé**

du lundi au vendredi de 8h à 10h et 13h à 16h
pour les examens ci-dessous

- Série métastatique
- Série articulaire/rhumatoïde
- Panorex

- Poumons
- Thorax
- Abdomen
- Scanographie M.I.
- Age osseux
- Crâne
- Massif facial
- Orbites
- Nez
- Maxillaire supérieur
- Maxillaire inférieur
- Tissus mous du cou
- Colonne cervicale
- Colonne dorsale
- Colonne lombo-sacrée
- Sacrum / coccyx
- Art. sacro-iliaques
- Bassin

- | | D | G |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> 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"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____ | | |

IMPORTANT :

Vous devez apporter la requête originale, votre carte d'assurance maladie,
carte d'hôpital ainsi qu'un sac pour déposer vos vêtements.

ADRESSE DES ENDROITS DÉSIGNÉS

IMPORTANT: Votre demande se fait en service ambulatoire. Veuillez téléphoner pour connaître les heures d'ouverture.

Centre Ambulatoire Régional Laval ↓

Imagerie Médicale
1515, boul Chomedey #N106
Chomedey, Laval, QC
H7V 3Y7
450-668-1010 poste 18358

CLSC Ste Rose ↓

Imagerie Médicale
280, boul du Roi-du-Nord #1622
Ste-Rose, Laval, QC
H7L 4L2
450-668-1010 poste 64910

Hôpital de la Cité-de-la-Santé ↓

Imagerie Médicale
1755, boul René-Laennec Bloc A - RC198
Vimont, Laval, QC
H7M 3L9
450-668-1010 poste 23221

- 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)