

NOM: _____

RADIOGRAPHIE

SANS RENDEZ-VOUS

Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h
et samedi et dimanche 9 h à 14 h

EXAMENS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU MÉDECIN TRAITANT

EXAMEN AVEC PRÉPARATION ET RENDEZ-VOUS AU 418 667-6041 (voir préparation au verso au n° correspondant)

DENSITÉ OSSEUSE

Ostéodensitométrie_01

MAMMOGRAPHIE

Diagnostic Dépistage

EXAMEN DIGESTIF

Lavement Baryté_02 simple double
 Transit digestif_03
 Grêle
 Ciné de déglutition

TRAITEMENT

Infiltration / arthrographie
 Aspiration / Bris calcaire
 Bloc facettaire

EXAMENS NON COUVERTS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ).

ÉCHOGRAPHIE

Thyroïdienne / ou cou / ou face
 Glandes salivaires
 Abdominale_04
 Pelvienne_05
 Endo-vaginale_06
 Testiculaire
 Mammaire Gauche Droit
 Doppler carotidien
 Doppler artériel
 Doppler veineux Unilatéral Bilatéral
 Musculo squelettique
 De surface

TOMODENSITOMÉTRIE (TACO)

<input type="checkbox"/> Angio-CT, Type : _____	C-	C+
<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen_07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pelvien_08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colonne		
<input type="checkbox"/> cervicale <input type="checkbox"/> dorsale <input type="checkbox"/> lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Denta scan <input type="checkbox"/> supérieur		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inférieur		
<input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle		
<input type="checkbox"/> Blocs foraminaux		
<input type="checkbox"/> cervicale <input type="checkbox"/> dorsale <input type="checkbox"/> lombaire		

Signature du médecin : _____

Numéro de licence : _____

Copie du rapport à : _____

PRÉPARATIONS AVANT EXAMEN

01_ OSTÉODENSITOMÉTRIE

- Quarante-huit (48) heures avant l'examen cesser de prendre des comprimés de calcium Fosamax, Actonel, Didrocal ou tout autre médicament pour les os
- Ne pas avoir eu de traitement en médecine nucléaire, de tomодensitométrie avec baryum, transit ou lavement baryté dix (10) jours avant.

02_ LAVEMENT BARYTÉ

Se référer à la feuille de préparation.

03_ TRANSIT DIGESTIF

- À jeun depuis minuit la veille de l'examen
- Pas d'eau, pas de gomme, pas de pilule, pas de cigarette (complètement à jeun).

04_ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

- À jeun de boire et manger depuis minuit la veille de l'examen.

05_ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

- À jeun de boire et manger et sans uriner depuis minuit la veille de l'examen.

06_ ÉCHOGRAPHIE ENDOVAGINALE ET PELVIENNE (OVAIRE ET UTÉRUS)

- Deux (2) heures avant l'examen, arrêter d'uriner.
- Dans la première heure, boire cinq grands verres d'eau.

07_ TOMODENSITOMÉTRIE ABDOMINALE

- Quatre (4) heures avant l'examen, à jeun de boire et manger.
- Une (1) heure avant l'examen, boire une (1) bouteille de baryum en quinze (15) minutes.

08_ TOMODENSITOMÉTRIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

- Quatre (4) heures avant l'examen, à jeun de boire et manger.
- Deux (2) heures avant l'examen, boire deux (2) bouteilles de baryum en quarante-cinq (45) minutes.

*_ EXAMEN AVEC INJECTION DE CONTRASTE :

- Quatre (4) heures avant l'examen, à jeun de boire et manger.

SI VOUS ÊTES ENCEINTE, EN AVERTIR LA TECHNOLOGUE AVANT L'EXAMEN

IDENTIFICATION DU PATIENT	
NOM :	_____
Téléphone :	_____
Tél. travail :	_____
Cellulaire :	_____
Adresse :	_____
Ville :	_____
Courriel :	_____
Fax :	_____
App. :	_____
Code postal :	_____

