

LE JOUR DE L'EXAMEN APPORTEZ CETTE FEUILLE ET LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE VALIDE

Chambly - Tél.: 450 658-7740
Tél.: 450 658-0687 (Sans frais)

204 - 1101, Boul. Brassard
Chambly (QC)
J3L 5R4

Tous les jours : 8:30 à 16:30
Fermé de 12:00 à 13:00
Les samedi, dimanche et fériés: Fermé

Espace réservé pour la CRHR
SITE WEB : RADIOLOGIEHAUTRICHELIEU.COM

Saint-Jean - Tél.: 450 348-1111
Fax: 450 348-8585

110 - 870, Boul. du Séminaire Nord
Saint-Jean-sur-Richelieu (QC)
J3A 1B5

Tous les jours heures normales
de 8:00 à 20:00 (Sujet à changement)
Voir notre site internet
pour heures Covid

Nom	Téléphone	
Date de naissance <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Jour Mois Année	Rendez-vous le :	Heure :

*** POIDS MAXIMUM 280 LBS POUR LES EXAMENS RÉALISÉS À CHAMBLY AVEC ASTÉRISQUE**

EXAMENS **SANS** RENDEZ-VOUS

<input type="checkbox"/> * 1 Abdomen standard <input type="checkbox"/> 2 Abdomen simple <input type="checkbox"/> 23 Poumons <input type="checkbox"/> 25 Hémothorax <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 26 Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 27 Omoplate <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 15 Artic. Acromio-claviculaires <input type="checkbox"/> 44 Sternum <input type="checkbox"/> 28 Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 29 Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 30 Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 31 Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 32 Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 34 Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 33 Doigt: _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 45 Âge osseux <input type="checkbox"/> 35 Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 36 Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> *37 Rotule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> *38 Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> *39 Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> *41 Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> *51 Talon <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> *40 Orteil : _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 9 Crâne <input type="checkbox"/> 11 Cavum <input type="checkbox"/> 12 Max. Inférieur <input type="checkbox"/> 13 Artic. Temporo-mandibulaires	<input type="checkbox"/> 14 Nez <input type="checkbox"/> 55 Massif facial <input type="checkbox"/> 53 Orbites <input type="checkbox"/> 54 Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> 16 Colonne cervicale <input type="checkbox"/> 17 Colonne dorsale <input type="checkbox"/> 18 Colonne lombo-sacrée <input type="checkbox"/> 19 Bassin <input type="checkbox"/> 20 Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 21 Sacrum / Coccyx <input type="checkbox"/> 22 Artic. Sacro-iliaques <input type="checkbox"/> 42 Série métastatique <input type="checkbox"/> *44 Série Rhumatoïde <input type="checkbox"/> 45 Série Squelettique (enfant) <input type="checkbox"/> *46 Scanographie <input type="checkbox"/> 48 Série scoliotique
--	---	---

EXAMENS **AVEC** RENDEZ-VOUS

<input type="checkbox"/> 3 Repas baryté <input type="checkbox"/> 4 Grêle <input type="checkbox"/> 6 Lavement baryté double contraste <input type="checkbox"/> 7 Œsophage - Gorgée baryté	<input type="checkbox"/> 60 Ostéodensitométrie (Poids max. 280 lbs)	(Ne pas prendre votre supplément de calcium la veille et le jour de l'examen. Aucun examen baryté ou médecine nucléaire deux semaines avant l'examen.)
---	--	---

ÉCHOGRAPHIES

<input type="checkbox"/> Abdominale et rénale <input type="checkbox"/> Pelvienne trans-vésicale <input type="checkbox"/> Pelvienne endo-vaginale <input type="checkbox"/> Des testicules	<input type="checkbox"/> Sein G <input type="checkbox"/> Sein D <input type="checkbox"/> Sein bilatéral <input type="checkbox"/> Artic. épaules <input type="checkbox"/> Artic. Autre _____
---	--

ARTHOGRAPHIES DISTENSIVES ET INFILTRATIONS

<input type="checkbox"/> Infiltration cortisone <input type="checkbox"/> Arthrographie distensive de l'épaule <input type="checkbox"/> Arthrographie autre _____
--

DÉPISTAGE

MAMMOGRAPHIE

DIAGNOSTIQUE

☛ Concerne les patientes asymptomatiques et dont l'examen physique est normal.

☛ Couverte par la R.A.M.Q., sur une base annuelle.

- Dépistage 35 à 49 ans
- Dépistage 50 à 69 ans
- Dépistage 70 ans et plus
- Prothèses

☛ Concerne les patientes symptomatiques et (ou) dont l'examen physique est **anormal**.

☛ Couverte en tout temps par la R.A.M.Q.

- Mammographie **diagnostique** standard.
- Mammographie **diagnostique** complémentaire suggérée suite à un dépistage anormal. G D
- Prothèses

Important : Lors de la prise de votre rendez-vous, mentionnez si vous avez des prothèses mammaires Apportez vos films de mammographies et/ou échographies mammaires des 5 dernières années faits ailleurs pour comparaison.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Date : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Signature du médecin référant

No. de licence

Nombre d'examen(s) prescrit(s)