



RADIOLOGIE
TROIS-RIVIÈRES

Nom, prénom: _____

Date de naissance: _____

Numéro de téléphone: _____

☐ Patiente enceinte ☐ Allergie à l'iode ☐ Anticoagulants oraux ☐ Mobilité réduite **RAPPORT URGENT DEMANDÉ:** ☐ STAT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Signature: _____ C.C.: _____ ☐ Téléphone: _____

permis: _____ Date: _____ ☐ Fax: _____

EXAMENS SANS RENDEZ-VOUS ET SANS PRÉPARATION

THORAX

- ☐ Poumons
☐ Hémithorax
☐ Sternum

ABDOMEN

- ☐ Simple
☐ Inc. multiples

DIVERS

- ☐ Série métastatique (sur **RDV**)
☐ Âge osseux
☐ Scanographie des MI
☐ Série scoliotique

TÊTE ET COU

- ☐ Crâne
☐ Nez
☐ ATM
☐ Massif facial
☐ Orbites
☐ Tissus mous du cou
☐ Cavum

RACHIS

- ☐ Colonne cervicale
☐ Colonne dorsale
☐ Colonne lombosacrée
☐ Bassin
☐ Sacrum et coccyx
☐ Sacro-iliaques

MEMBRES SUPÉRIEURS

- ☐ Art. acromioclaviculaires **D G**
☐ Épaule **D G**
☐ Clavicule **D G**
☐ Omoplate **D G**
☐ Humérus **D G**
☐ Coude **D G**
☐ Avant-bras **D G**
☐ Poignet **D G**
☐ Main **D G**
☐ Doigt **D G**
Préciser: _____ **D G**

☐ Autre site/examen: _____

MEMBRES INFÉRIEURS

- ☐ Hanche **D G**
☐ Fémur **D G**
☐ Genou **D G**
☐ Rotule **D G**
☐ Jambe **D G**
☐ Cheville **D G**
☐ Talon (calcanéum) **D G**
☐ Pied ☐ En charge **D G**
☐ Orteil **D G**
Préciser: _____ **D G**

EXAMENS AVEC RENDEZ-VOUS (INSTRUCTIONS AU VERSO)

BLOC(S)

- ☐ Facettaire(s) 4 sites maximum par RDV
Préciser: _____ **D G**
☐ Foraminal(aux) 2 sites maximum par RDV
Préciser: _____ **D G**

MAMMOGRAPHIE

- ☐ Dépistage
☐ Diagnostique
☐ Masse palpable
☐ Autres symptômes: _____

OSTÉODENSITOMÉTRIE

- ☐ Ostéodensitométrie (1^{er} examen)
☐ Ostéodensitométrie (Suivi)

PROTHÈSES

D G

INFILTRATION(S)

Épaule

- ☐ Glénohumérale **D G**
☐ Glénohumérale distensive
☐ Bourse sous-acromiale
☐ Articulation acromioclaviculaire
☐ Longue portion du biceps

Coude

- ☐ Préciser: _____ **D G**

Main/Doigt/Poignet

- ☐ Préciser: _____ **D G**

Hanche

- ☐ Coxofémorale
☐ Bourse trochantérienne
☐ Sacro-iliaque

Genou

- ☐ Genou **D G**
☐ Ponction kyste de Baker **D G**

Pied/Orteil/Cheville

- ☐ Préciser: _____ **D G**

ÉCHOGRAPHIE

- ☐ Abdominale **D G**
☐ Rénale + Vessie **D G**
☐ Pelvienne **D G**
☐ Testiculaire **D G**
☐ Thyroïdienne **D G**
☐ Mammaire **D G**
☐ Échographie mammaire automatisée **D G**
☐ Datation 1^{er} trimestre
☐ Surface, préciser: _____
☐ Musculo-squelettique, préciser: _____
☐ Autre site: _____

DOPPLER

- ☐ Artériel ☐ MI ☐ MS **D G**
☐ Carotidien
☐ Autre site: _____

INSTRUCTIONS ET PRÉPARATIONS POUR EXAMENS

MAMMOGRAPHIE

Ne pas appliquer de déodorant, de poudre ou de crème sur les seins et les aisselles le jour de l'examen.

OSTÉODENSITOMÉTRIE

Vous ne devez pas subir d'examen avec baryum (lavement baryté, grêle, scan) ou en médecine nucléaire deux (2) semaines avant l'examen.
Ne pas prendre de comprimé de calcium la veille et le jour de l'examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

Être à jeun 5 heures avant l'examen, sans boire, ni manger, ni fumer, ni mâcher de gomme.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

Vous pouvez boire et manger normalement. Une heure et demie avant votre examen, boire 3 grands verres d'eau (total 750 ml).
Ne pas uriner jusqu'à l'examen.

BLOC FORAMINAL

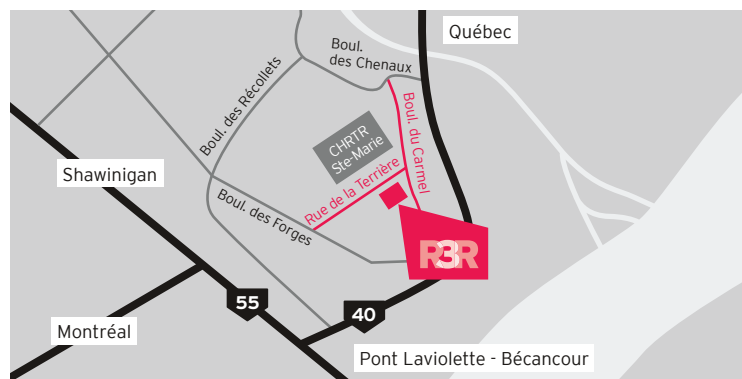
Afin de nous permettre de procéder adéquatement à votre injection, nous devons avoir une copie du CD et le rapport de votre dernière IRM ou dernier SCAN lombaire et de votre dernière radiographie de la colonne. Vous devez être accompagné lors de votre rendez-vous.

PRISE DE RENDEZ-VOUS

Pour les Blocs facettaires et foraminaux, les ostéodensitométries, les infiltrations, les échographies et les doppler, svp nous faire parvenir votre requête avec votre nom, prénom et date de naissance au info@radiologie3r.com ou par faxe au 819 376-6554.
Un membre de notre équipe communiquera avec vous dans les plus brefs délais possibles.

Pour les mammographies, veuillez téléphoner au 819 375-5553, un membre de notre équipe planifiera avec vous votre rendez-vous.

COMMENT S'Y RENDRE



1785, boulevard du Carmel, bureau 106 Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R8
(voisin du CHRTTR Sainte-Marie)

Lundi au vendredi: 7 h 30 - 20 h

Fins de semaine et jours fériés: ouvert, se référer au site Internet pour les heures

T 819 375.5553

F 819 376.6554

info@radiologie3r.com

radiologie3r.com