



RADIOMEDIC

IMAGERIE MEDICALE

Radiologie diagnostique et interventions

Ouvert 7 jours - Rapports < 24h - Sans frais (RAMQ)

Tel : 514 470-0105 / Fax : 438 315-5703

Pour prendre RDV, vous pouvez soumettre cette requête au

www.RADIOMEDIC.ca

Radiomedic Langelier

8000 Boulevard Langelier, 6ème Étage
Montréal (Saint-Léonard), HIP 3K2

Radiomedic Pointe-aux-Trembles

12905 Sherbrooke Est, 3e étage
Montréal (Pointe-aux-Trembles), H1A 1B9

Radiomedic Place Viau

7600 Boulevard Viau, local RP-341
Montréal (Saint-Léonard), HIS 2P3

REQUÊTE

à apporter le jour de l'examen

Médecin / Requérant	Patient
Nom, Prénom	Nom, Prénom
# FAX	Date De Naissance
Numéro de license	RAMQ
Signature	Téléphone
Date	

Renseignements cliniques pertinents (OBLIGATOIRES)

Échographie Générale (avec rendez-vous)	Radiographie Générale (sans rendez-vous)	Interventions musculo-squelettiques	
<input type="checkbox"/> Abdominale (4h à jeun) <input type="checkbox"/> Pelvienne/Endovaginale (vessie pleine) <input type="checkbox"/> Abdominale - Pelvienne (4h à jeun et vessie pleine) <input type="checkbox"/> Obstétricale du 1 ^{er} trimestre (Dating) <input type="checkbox"/> Obstétricale 2 ^e et 3 ^e trimestre LIMITEE (position placenta, tête, longueur du col) <input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Testiculaire <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Surface (région) _____ <input type="checkbox"/> Musculo - Squelettique _____ DOPPLER <input type="checkbox"/> Carotides <input type="checkbox"/> M. inférieur veineux <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M. supérieur veineux <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Rénal <input type="checkbox"/> Hépatique Autre _____	THORAX - ABDOMEN <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Hémothorax <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen COLONNE - BASSIN <input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacrum/coccyx <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Bassin/Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Serie scoliotique TÊTE ET COU <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou/Cavum <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Sinus (Hors RAMQ) <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Artic. temporo - mand	MEMBRES SUPÉRIEURS <input type="checkbox"/> Clavicules <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Art. Acromio-claviculaires <input type="checkbox"/> Art. Sterno-claviculaires <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Coudes <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G (précisez) _____ MEMBRES INFÉRIEURS <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Genou/Rotule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Charge <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Pied/Orteil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G (incl. calcanéum) <input type="checkbox"/> Série articulaire <input type="checkbox"/> Série métastatique <input type="checkbox"/> Scanographie des m. i.	<input type="checkbox"/> Infiltration cortisonée+ Échographie MSK _____ (région) <input type="checkbox"/> Lavage calcique <input type="checkbox"/> Arthro - Distensive <input type="checkbox"/> PRP (plasma riche en plaquettes) * non couvert par la RAMQ _____ (région) OSTÉODENSITOMÉTRIE <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie Incl. Rx dorso-lombaire (1 incidence) Date du dernier examen _____ DEXA SCAN <input type="checkbox"/> Analyse de la composition corporelle *Non couvert par la RAMQ