

**Lévis - Métro**

5700, boul. Étienne-Dallaire,  
bureau 130  
Lévis (Québec) G6V 8R8  
**Tél.: 418 838-0800**  
Télééc.: 418 838-0500

**Lévis - Les Rivières**

809, route des Rivières,  
bureau 104  
Lévis (Québec) G7A 2V2  
**Tél.: 418 836-0606**  
Télééc.: 836-4848

**Identification du patient**

Nom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

# Assurance maladie \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

URGENT     SEMI-URGENT     ÉLECTIF

**PATIENTE ENCEINTE**

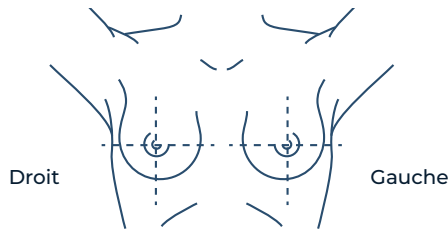
Oui     Non

**Examen SANS rendez-vous**

Poumons-thorax-abd.	Tête	Colonne et bassin	Membres supérieurs	Membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Hemithorax <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Maxillaire inf. <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Cavum <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale <input type="checkbox"/> Colonne dorsale <input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Sacrum et Coccyx <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Hanche <b>G D</b>	<input type="checkbox"/> Art. acromio-clav. <input type="checkbox"/> Clavicule <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Omoplate <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Épaule <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Humérus <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Coude <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Avant-bras <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Poignet <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Main <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Doigt <b>G D</b> précisez: _____	<input type="checkbox"/> Fémur <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Genou <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Jambe <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Cheville <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Pied <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Talon <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Orteil <b>G D</b> précisez: _____
<b>Divers</b>				
<input type="checkbox"/> Série métastatique <input type="checkbox"/> Série rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Autres: _____			

**Examen AVEC rendez-vous - Voir indications au verso (A-B-C-D-E-F)**

Mammographie <b>A</b>	Intervention	Échographie
<input type="checkbox"/> Dépistage 35-49 ans ou 75 ans et plus <input type="checkbox"/> Dépistage 50-74 ans (PQDCS) <input type="checkbox"/> Diagnostique précisez: _____	Allergie iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Anticoagulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez: _____ <input type="checkbox"/> Bris calcaire épaule <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Arthro infiltration <b>G D</b> site: _____ <input type="checkbox"/> Arthro-distensive de l'épaule <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Bloc facettaire <b>G D</b> Site: _____ <input type="checkbox"/> Bloc foraminaux lombaire <b>G D</b> Site: _____	<input type="checkbox"/> Abdominale supérieure <b>D</b> <input type="checkbox"/> Pelvienne <b>E</b> <input type="checkbox"/> Abdo-pelvienne <b>D E</b> <input type="checkbox"/> Mammaire <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Thyroïde-cou <input type="checkbox"/> Testicules <input type="checkbox"/> Obstétricale (12 sem. et moins) <b>E</b> <input type="checkbox"/> Doppler veineux _____ <b>G D</b> <input type="checkbox"/> Surface / Site: _____ <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique Site: _____
<b>Ostéodensitométrie <b>B</b></b> La RAMQ couvre un seul examen par année <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie (Incluant radiographie dorso-lombaire) Date examen antérieur: _____	<b>Médecin référent</b> Signature: _____ No CMQ: _____ Date: _____ Téléphone: _____ Télécopieur: _____	
<b>Fluoroscopie <b>C</b></b> <input type="checkbox"/> Œsophage		



## IMPORTANT - Suivre les indications suivantes

Le jour de votre examen, veuillez avoir en main votre prescription et votre carte d'assurance maladie.

- A Mammographie de dépistage ou diagnostique**  
Ne pas appliquer de désodorisant, poudre ou crème sur les seins et les aisselles avant l'examen.
- B Ostéodensitométrie**  
Ne pas avoir passé d'examen avec du barym ou de médecine nucléaire 2 semaines avant l'examen. Ne pas prendre de supplément de calcium ou de vitamine D 24h avant l'examen.
- C Œsophage**  
Être à jeun depuis minuit la veille de l'examen, sans eau.
- D Échographie abdominale**  
Être à jeun depuis minuit la veille de l'examen ou 6 heures avant l'heure prévue du rendez-vous.
- E Échographie pelvienne ou obstétricale**  
Boire 1 à 2 litres d'eau 1 heure avant l'heure du rendez-vous. Votre vessie doit être pleine pour l'examen.

### Ces examens ne sont pas disponibles :

Échographie

Genou

- Ligament croisé
- Ménisque

Hanche enfant (référer au CHUL)

Les séries scolotiques et les goniométries (HDL)

## Prendre rendez-vous



### Lévis - Métro

5700, boul. Étienne-Dallaire,  
bureau 130  
Lévis (Québec) G6V 8R8  
**Tél.: 418 838-0800**  
Télééc.: 418 838-0500

Pour envoyer votre  
prescription par courriel :  
prescription@radiologielevis.com

Lundi au vendredi  
7h 30 à 20h

Samedi / Dimanche  
9h à 13h



### Lévis - Les Rivières

809, route des Rivières,  
bureau 104  
Lévis (Québec) G7A 2V2  
**Tél.: 418 836-0606**  
Télééc.: 836-4848

Pour envoyer votre  
prescription par courriel :  
prescription@radiologielevis.com

Lundi au vendredi  
7h 30 à 20h

Samedi / Dimanche  
9h à 13h

