

**CENTRE  
RADIOLOGIQUE  
DE L'ESTRIE**

15, J.A. Bombardier, suite A-240  
Sherbrooke J1L 0H8

Tél. : 819- 820-2827 | Téléc. : 819 563-3542  
[radestrie@videotron.ca](mailto:radestrie@videotron.ca)

**RAPPORT URGENT DEMANDÉ □**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES**

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

Signature du médecin (obligatoire) : \_\_\_\_\_  
# No. de permis: \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
C.C. : \_\_\_\_\_

**EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS**

**TÊTE ET COU**

- Crâne
- Massif facial
- Maxillaire inférieur
- Cou, tissus mous
- Cavum
- Nez
- Art. temp.-maxillaires
- Yeux (Recherche corps étranger)

**ABDOMEN**

- Abdomen simple
- Abdomen inc. multiples

**MEMBRES SUPÉRIEUR**

- Clavicule
- Omoplate
- Art. acro-claviculaires
- Art. sterno-claviculaires
- Épaule
- Humérus
- Coude
- Avant-bras
- Poignet
- Main
- Doigt 1 2 3 4 5
- Âge osseux

**COLONNE ET BASSIN**

- Col. cervicale
- Col. dorsale
- Col. lombo-sacrée
- Bassin
- Sacrum
- Art. sacro-iliaques
- Coccyx
- Scanographie

**POUMONS ET THORAX**

- Poumons
- Thorax D G
- Sternum

**MEMBRES INFÉRIEURS**

- |                              |  |                              |   |
|------------------------------|--|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Hanche            | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> HANCHE <span style="color: gray;">D G</span>                   |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Fémur             | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Art. glénohumérale   |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Genou             | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Capsulite  |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Rotule            | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Bourse sous-acromiale  |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Jambe             | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Bris calcaire  |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Cheville          | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Bloc facettaire lombaire <span style="color: gray;">D G</span> |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Talon (calcaneum) | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Niveau(x) _____  |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Pied              | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Viscosuppléance (non couvert par la RAMQ) *                    |
| <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Orteil 1 2 3 4 5  | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> PRP (non couvert par la RAMQ) *                                |

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**ESPACE RÉSERVÉ  
PRISE DE RENDEZ-VOUS**

Dossier : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Estrie : \_\_\_\_\_ Sommet : \_\_\_\_\_

**EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS**

**CENTRE RADIOLOGIQUE DE L'ESTRIE**

(PRÉPARATION AU VERSO, S'IL Y A LIEU)

- Ostéodensitométrie (02)
- Mammographie dépistage (50 - 69 ans) (01)
- Mammographie diagnostique (01)

**INFILTRATION MUSCULO-SQUELETTIQUE  
CENTRE RADIOLOGIQUE DE SHERBROOKE**

- |   |                                       |  |                                       |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ÉPAULE   | <span style="color: gray;">D G</span> | <input type="checkbox"/> HANCHE  | <span style="color: gray;">D G</span> |
| <input type="checkbox"/> Art. glénohumérale   |                                       | <input type="checkbox"/> Art. coxofémorale                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Capsulite  |                                       | <input type="checkbox"/> Bourse trochantérienne                              |                                       |
| <input type="checkbox"/> Bourse sous-acromiale  |                                       | <input type="checkbox"/> Genou <span style="color: gray;">D G</span>         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Bris calcaire  |                                       | <input type="checkbox"/> Sacro-iliaque <span style="color: gray;">D G</span> |                                       |
| <input type="checkbox"/> Bloc facettaire lombaire <span style="color: gray;">D G</span> |                                       | <input type="checkbox"/> Autres _____  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Niveau(x) _____  |                                       |  |                                       |

- Viscosuppléance (non couvert par la RAMQ) \*
- PRP (non couvert par la RAMQ) \*

RENSEIGNEMENTS SUPP : \_\_\_\_\_

**ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE RADIOLOGIQUE**

8116IN  8116IN SPEC  8342INF

**ÉCHOGRAPHIE AVEC RENDEZ-VOUS**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abdominale (03)              | <input type="checkbox"/> Doppler carotides    |
| <input type="checkbox"/> Abdominale Pelvienne (03/04) | <input type="checkbox"/> Doppler veineux      |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne (04)               | <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> mammaire                     | <input type="checkbox"/> Cardiaque            |
| <input type="checkbox"/> Testiculaire                 | <input type="checkbox"/> Surface              |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde                     | <input type="checkbox"/> Autres : _____       |

**ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE RADIOLOGIQUE**

MUSCULO  SURFACE  THYROÏDE

# Mon Rendez-vous

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS ET PRÉPARATION POUR EXAMENS

### 01. MAMMOGRAPHIE

- Le jour de l'examen, ne mettez pas de poudre, crème, parfum ou déodorant sur vos seins et aisselles.
- Si vous avez les seins sensibles, éliminez le café, thé, chocolat et cola 2 semaines avant la mammographie.
- Prenez 2 Tylenol® 1 heure avant l'examen.

Au moment du rendez-vous, assurez-vous d'avoir :

- la requête originale signée du MD et/ou la lettre du PQDCS.
- votre carte d'assurance maladie valide.
- les images sur CD et les copies des rapports des examens antérieurs.

### 02. OSTÉODENSITOMÉTRIE

- Ne prenez aucun supplément de calcium 48 heures avant l'examen.
- Vous ne devez pas avoir subi un examen en médecine nucléaire et un examen baryté avec colorant (baryum) 10 jours avant l'examen.

Au moment du rendez-vous, assurez-vous d'avoir :

- la requête originale signée du MD.
- votre carte d'assurance maladie valide.

### 03. ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE OU VÉSICULAIRE

- Vous devez être à jeun depuis minuit, la veille de l'examen ou 6 heures précédent l'examen le jour.

Au moment du rendez-vous, assurez-vous d'avoir :

- la requête originale signée du MD.
- votre carte d'assurance maladie valide.

### 04. ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU RÉNALE

- Buvez 3 grands verres d'eau et avoir terminé 1 heure avant l'examen.
- N'allez pas uriner avant l'examen; une vessie bien remplie est nécessaire.

Au moment du rendez-vous, assurez-vous d'avoir :

- la requête originale signée du MD.
- votre carte d'assurance maladie valide.

### 05. RADIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Aucune préparation n'est nécessaire et vous n'avez pas besoin de prendre rendez-vous.

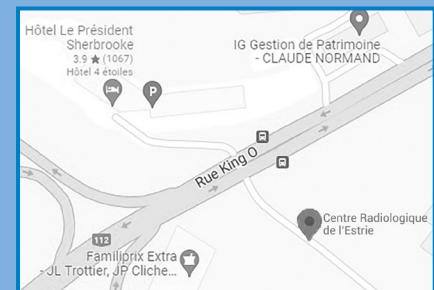
Assurez-vous d'avoir :

- la requête originale signée du MD.
- votre carte d'assurance maladie valide.

## ADRESSES

**15, J.A. Bombardier  
suite A-240  
Sherbrooke (Québec)  
J1L 0H8**

Heures d'ouvertures  
Lundi au vendredi  
8 h - 20 h



**1280, rue King Est  
suite 200  
Sherbrooke (Québec)  
J1G 1E4**

Heures d'ouvertures  
Lundi au vendredi  
8 h - 16 h



**Si Vous êtes enceinte, en avertir la technologue avant l'examen**