

IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie

Remettre la requête à l'utilisateur afin qu'il se présente **SANS RENDEZ-VOUS**
au Centre de Services Ambulatoires de Laval
ou à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier du CISSS de Laval :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

Les examens ci-dessous s'offre uniquement à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé
du lundi au vendredi de 8h à 10h et 13h à 16h

Série métastatique

Série articulaire / rhumatoïde

Panorex

RADIOGRAPHIE STANDARD

		D	G
<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scanographie M.I	<input type="checkbox"/> Clavicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Âge osseux	<input type="checkbox"/> Omoplate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Humérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maxillaire supérieur	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tissus mou du cou	<input type="checkbox"/> Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	<input type="checkbox"/> Fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sacrum / Coccyx	<input type="checkbox"/> Rotule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaque	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Calcanéum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renseignements cliniques obligatoires :

Signature du médecin ou de l'IPS :

Numéro permis:

Date :

Adresse :

Veillez apporter :

- La requête originale
- Votre carte d'assurance maladie
- Votre carte d'hôpital à jour (pour la mettre à jour, présentez-vous au Bloc C.RC.10)
- Un sac pour déposer vos vêtements

Centre de Services Ambulatoires de Laval

1515, boul Chomedey # N106
Chomedey, Laval, Qc
H7V 3Y7
450-668-1010 poste 18358

Hôpital de la Cité de-la Santé de Laval

1755, boul René-Laënnec Bloc A.RC.198
Vimont, Laval, Qc
H7M 3L9
450-668-1010 poste 23527