



CNM08001

**DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE DOPPLER
(CLIENTÈLE AMBULATOIRE)**

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

PROJET

Transmettre les pages 1 et 2 par télécopieur au guichet d'accès santé physique (GASP) au 514 495-6777

Installation désirée : ☐ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ☐ Hôpital Fleury ☐ Hôpital Jean-Talon

Date de la demande d'examen : AAAA/MM/JJ

Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jours B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous. Le GASP procède à l'attribution du rendez-vous selon la condition clinique et les disponibilités.

☐ 1ère demande d'examen ☐ Examen de contrôle. Indiquer le site du 1er examen : _____

Modalités d'échographie	Conditions cliniques	Cible selon l'échelle de priorité
Doppler veineux	Recherche de thrombophlébite profonde aiguë	Ne pas compléter le formulaire et référer à l'accueil clinique si disponible. Sinon référer vers l'urgence.
	N.B. : Examen non disponible pour insuffisance veineuse chronique	
Doppler cervico-encéphalique	Accident ischémique transitoire (AIT)/Ischémie cérébrale transitoire (ICT) récent	Ne pas compléter le formulaire et référer à l'accueil clinique si disponible. Sinon référer vers l'urgence.
	DO01 <input type="checkbox"/> Souffle carotidien asymptomatique	C : ≤ 28 jours
	DO02 <input type="checkbox"/> Suivi sténose carotidienne	D : ≤ 3 mois
	DO03 <input type="checkbox"/> Recherche d'insuffisance vertébro-basilaire	
	<input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité)	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jours <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jours <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jours <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
Doppler artériel : <input type="checkbox"/> Membres inférieurs <input type="checkbox"/> Membres supérieurs	Condition clinique : (indiquer la priorité)	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jours <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jours <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jours <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
Doppler rénal	DO04 <input type="checkbox"/> Investigation HTA : éliminer étiologie réno-vasculaire	D : ≤ 3 mois
	<input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité)	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jours <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jours <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jours <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
<input type="checkbox"/> Autre modalité	Indiquer la modalité, la condition clinique et la priorité :	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jours <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jours <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jours <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois

Code Zebra



CNM08001

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Renseignements cliniques/antécédents :

Pour joindre le guichet d'accès
santé physique (**GASP**) :Téléphone : 514-495-6680
Télécopieur : 514-495-6777Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca**Médecin
réfèrent**

Nom

N° de permis

Estampe

N° de téléphone

N° de poste

N° de télécopieur

Nom de la clinique

Signature

**Identification du
médecin de
famille**

Nom

N° de permis

Nom de la clinique

- ☐
- Usager sans médecin de famille
-
- ☐
- SVP envoyer copie du rapport au
-
- médecin de famille

Code Zebra

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge