



CNM08001

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

No dossier		
Nom, Prénom de l'usager		
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 : <input type="checkbox"/> Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal <input type="checkbox"/> Hôpital Fleury <input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 1ère demande d'examen <input type="checkbox"/> 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 aigüe	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 rénovo-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		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



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 : 514-495-6777		Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@sss.gouv.qc.ca	
Médecin référent	Nom		Estampe
	N° de téléphone	N° de poste	
	Nom de la clinique		
	Signature		
Identification du médecin de famille	Nom		N° de permis
	Nom de la clinique		
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