



CNM08003

DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE
(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
<input type="checkbox"/> Abdomino-pelvienne <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne (incluant 1 ^{er} trimestre de grossesse)	Douleur abdominale aiguë chirurgicale (appendicite, cholécystite, etc.) Recherche d'obstruction urinaire dans un contexte d'infection urinaire Colique biliaire non résolue Suspicion de grossesse ectopique avec BHCG positif	URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	E01 <input type="checkbox"/> Saignement du 1 ^{er} trimestre sans suspicion de grossesse ectopique avec BHCG positif	A : ≤ 3 jours (référer à l'accueil clinique si disponible)
	E02 <input type="checkbox"/> Colique biliaire résolue avec perturbation du bilan hépatique	
	E03 <input type="checkbox"/> Recherche d'ascite	
	E04 <input type="checkbox"/> Colique biliaire résolue sans perturbation du bilan hépatique (référer à l'accueil clinique si disponible)	B : ≤ 10 jours
	E05 <input type="checkbox"/> Échographie de datation 1 ^{er} trimestre	
	E06 <input type="checkbox"/> Saignement utérin dysfonctionnel actif (référer à l'accueil clinique si disponible)	
	E07 <input type="checkbox"/> Préciser une anomalie vue à la tomodensitométrie dans un contexte de bilan métastatique	
	E08 <input type="checkbox"/> Suspicion d'anévrisme de l'aorte asymptomatique	C : ≤ 28 jours
	E09 <input type="checkbox"/> Hématurie microscopique (macroscopique = pyéloscan)	
	E10 <input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé	
	E11 <input type="checkbox"/> Ménométrorragie	
	E12 <input type="checkbox"/> Saignement post-ménopausique	
	E13 <input type="checkbox"/> Évaluation de masse annexielle/kyste sans contexte de grossesse	
	E14 <input type="checkbox"/> Localisation de stérilet	D : ≤ 3 mois
	E15 <input type="checkbox"/> Évaluation d'une anomalie à la tomodensitométrie ou IRM sans contexte néoplasique	
	E16 <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	
	E17 <input type="checkbox"/> Souffle abdominal asymptomatique	

Code Zebra



CNM08003

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

	E18 <input type="checkbox"/> Dépistage histoire familiale d'anévrisme de l'aorte		D : ≤ 3 mois
	E19 <input type="checkbox"/> Dépistage cirrhose ou hépatique		
	E20 <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques		
	E21 <input type="checkbox"/> Suivi d'anévrisme asymptomatique		
	E22 <input type="checkbox"/> Recherche de lithiasé vésiculaire (sans symptômes récents)		
	E23 <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques/dysménorrhée		
	E24 <input type="checkbox"/> Recherche ovaires polykystiques		
	<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"/> Testiculaire <input type="checkbox"/> Thyroïdienne <input type="checkbox"/> avec biopsie	Douleur testiculaire aiguë		URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	E25 <input type="checkbox"/> Masse testiculaire		C : ≤ 28 jours
	E26 <input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien/goître		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"/> Musculo-squelettique <input type="checkbox"/> Surface	Arthrite septique Rupture du tendon d'Achille, tendon quadricipital ou du bicep distal		URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	E27 <input type="checkbox"/> Masse palpable, site :		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
	E28 <input type="checkbox"/> Kyste de Baker		
	<input type="checkbox"/> Autre : Préciser région anatomique et condition clinique :		
<input type="checkbox"/> Prostate	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
<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
Échographie cardiaque, mammaire, obstétricale ou doppler		Acheminer votre demande selon les informations disponibles dans la Zone des professionnels du site Web du CIUSSS : https://www.ciuissnordmtl.ca/zone-des-professionnels/referer-un-usager/guichet-daccés-en-santé-physique-gasp/	
Renseignements cliniques/antécédents :			
Code Zebra			



CNM08003

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

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

Pour joindre le guichet d'accès santé physique (GASP) :		Téléphone : 514-495-6680 Télécopieur : 514-495-6777	Courriel : 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	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille <input type="checkbox"/> SVP envoyer copie du rapport au médecin de famille
	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