



CNM08003

**DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE
(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
<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 écopique avec BHCG positif	A : ≤ 3 jours <i>(référer à l'accueil clinique si disponible)</i>
	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)	
	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	B : ≤ 10 jours
	E08 <input type="checkbox"/> Suspicion d'anévrisme de l'aorte asymptomatique	
	E09 <input type="checkbox"/> Hématurie microscopique (macroscopique = pyéloscan)	
	E10 <input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé	
	E11 <input type="checkbox"/> Ménométrorrhagie	
	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	C : ≤ 28 jours
	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		

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08003

DATE (AAAA/MM/JJ)	N° DOSSIER
NOM :	PRÉNOM :

Ne rien inscrire dans la marge	<input type="checkbox"/> E18 <input type="checkbox"/> Dépistage histoire familiale d'anévrisme de l'aorte <input type="checkbox"/> E19 <input type="checkbox"/> Dépistage cirrhose ou hépatique <input type="checkbox"/> E20 <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques <input type="checkbox"/> E21 <input type="checkbox"/> Suivi d'anévrisme asymptomatique <input type="checkbox"/> E22 <input type="checkbox"/> Recherche de lithiase vésiculaire (sans symptômes récents) <input type="checkbox"/> E23 <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques/dysménorrhée <input type="checkbox"/> E24 <input type="checkbox"/> Recherche ovaires polykystiques <input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité)		D : ≤ 3 mois	
	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			
	Douleur testiculaire aiguë			URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> E25 <input type="checkbox"/> Masse testiculaire <input type="checkbox"/> E26 <input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien/goître <input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité)			C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois
	<input type="checkbox"/> E27 <input type="checkbox"/> Masse palpable, site : <input type="checkbox"/> E28 <input type="checkbox"/> Kyste de Baker <input type="checkbox"/> Autre : Préciser région anatomique et condition clinique :			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
	Arthrite septique Rupture du tendon d'Achille, tendon quadricipital ou du bicep distal			
	Condition clinique : (indiquer la priorité)			
Ne rien inscrire dans la marge	<input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Autre modalité		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	
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.ciussnordmtl.ca/zone-des-professionnels/referer-un-usager/guichet-dacces-en-sante-physique-gasp/		
Renseignements cliniques/antécédents :				
Code Zebra				



CNM08003

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

No dossier		
Nom, Prénom de l'usager		
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 référent	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