

Nom et prénom de l'utilisateur :			
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Nom et prénom du parent :			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone
Adresse :			
Code postal			

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

Imprimer sur recto seulement et transmettre ces deux pages par télécopieur au guichet d'accès en santé physique (GASP) au 514 495-6777.

Date de la demande (AAAA/MM/JJ) :

1<sup>re</sup> demande d'examen  Examen contrôle ► site du 1<sup>er</sup> examen :

**Partie I : 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 guichet d'accès se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent.

Modalités d'échographie	Conditions cliniques	Cible selon l'échelle de priorité
<b>Doppler veineux</b>	Recherche de thrombophlébite profonde aiguë	<b>Ne pas compléter le formulaire et référer à l'accueil clinique si disponible. Sinon référer vers l'urgence</b>
	N.B. : Insuffisance veineuse chronique non disponible	
<input type="checkbox"/> <b>Doppler cervico-encéphalique</b>	AIT/ICT récent	<b>Ne pas compléter le formulaire et référer à l'accueil clinique si disponible. Sinon référer vers l'urgence</b>
	<input type="checkbox"/> Souffle carotidien asymptomatique	<b>C (≤ 28 jours)</b>
	<input type="checkbox"/> Suivi de sténose carotidienne <input type="checkbox"/> Recherche d'insuffisance vertébro-basilaire	<b>D (≤ 3 mois)</b>
	<b>Autre :</b> (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	<b>Priorité selon le médecin référent :</b> <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
<b>Doppler artériel membres</b> <input type="checkbox"/> inférieurs <input type="checkbox"/> supérieurs	<b>Condition clinique :</b> (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	<b>Priorité selon le médecin référent :</b> <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
	<input type="checkbox"/> Investigation HTA : éliminer étiologie réno-vasculaire <b>Autre :</b> (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	<b>D (≤ 3 mois)</b> <b>Priorité selon le médecin référent :</b> <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
<input type="checkbox"/> <b>Autre modalité</b>	Indiquer la modalité d'échographie, la condition clinique et la priorité qui seront validées par le guichet d'accès	<b>Priorité selon le médecin référent :</b> <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois

Code Zebra

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

**Partie II : Renseignements cliniques obligatoires**

Justifier, entre autres, toute modification de la priorité clinique suggérée :

Facultatif - Spécifier le nom de l'établissement privilégié :

**Partie III : Provenance de la demande**

<b>Médecin référent</b>	Nom du médecin référent	N° de permis	Estampe
	N° de téléphone      N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique		
	Signature		
<b>Médecin de famille</b>	<input type="checkbox"/> Idem médecin référent	Nom du médecin de famille	
	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Nom de la clinique	

Pour joindre le GASP : Téléphone : (514) 495-6680      Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@sss.gouv.qc.ca  
Télécopieur : (514) 495-6777

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

## Le Guichet d'accès en santé physique (GASP) en imagerie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Votre médecin vous a dirigé vers le Guichet d'accès en santé physique en imagerie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour obtenir un rendez-vous pour un examen en échographie.

**C'est simple, vous n'avez pas besoin de téléphoner pour prendre rendez-vous.**

Un responsable du GASP du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal communiquera avec vous par téléphone dans les **72 heures** pour confirmer le traitement de votre demande de service.

Un rendez-vous vous sera ensuite attribué selon la priorité clinique identifiée par votre médecin référent.

### **Aide-mémoire pour la prise de rendez-vous**

*À remplir lorsque le GASP communiquera avec vous.*

Date d'échographie: \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone en cas d'annulation : \_\_\_\_\_

### **Des questions\* ?**

514 495-6680

\*à noter que le GASP ne pourra vous donner de renseignements sur l'état de votre demande si le délai de 72 heures n'a pas encore été atteint.