|  |
| --- |
| Nom et prénom de l’usager : |
|       |
| No d’assurance maladie |  | Année | Mois |
|        | Expiration |       |       |
| Nom et prénom du parent : |
|       |
| Ind. rég. | No téléphone | Ind. rég. | No 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) : **Cliquez ici pour entrer une date.** |
| [ ] 1re demande d’examen [ ]  Examen contrôle ► site du 1er 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** |
| **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. : Insuffisance veineuse chronique non disponible |
| [ ]  **Doppler cervico-encéphalique** | AIT/ICT récent | **Ne pas compléter le formulaire et référer à l’accueil clinique si disponible. Sinon référer vers l’urgence** |
| [ ] Souffle carotidien asymptomatique | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ] Suivi de sténose carotidienne[ ] Recherche d’insuffisance vertébro-basilaire | **D (≤ 3 mois)** |
| **Autre :** (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d’accès)      | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois |
| **Doppler artériel****membres**[ ]  **inférieurs**[ ]  **supérieurs** | **Condition clinique :** (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d’accès)      | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois |
| [ ]  **Doppler rénal** | [ ] Investigation HTA : éliminer étiologie réno-vasculaire | **D (≤ 3 mois)** |
| **Autre :** (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d’accès)      | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois |
| [ ]  **Autre modalité** | Indiquer la modalité d’échographie, la condition clinique et la priorité qui seront validées par le guichet d’accès      | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois |
| Code Zebra |

|  |
| --- |
| **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** |
| **Médecin référent** | Nom du médecin référent        | No de permis      | Estampe |
| No de téléphone No de poste            | No de télécopieur       |
| Nom de la clinique      |
| Signature      |
| **Médecin de famille** | [ ] Idem médecin référent[ ] Usager sans médecin de famille | Nom du médecin de famille      |
| Nom de la clinique      |
| Pour joindre le GASP : | Téléphone :Télécopieur : | (514) 495-6680(514) 495-6777 | Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca |
| Code Zebra |