|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |