

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**  
(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
<input type="checkbox"/> <b>Abdomino-pelvienne</b>  <input type="checkbox"/> <b>Abdominale</b>  <input type="checkbox"/> <b>Pelvienne (incluant 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse)</b>	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	<b>URGENT</b> <b>Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence</b>
	<input type="checkbox"/> Saignement du 1 <sup>er</sup> trimestre sans suspicion de grossesse ectopique avec BHCG positif (référer à l'accueil clinique si disponible) <input type="checkbox"/> Colique biliaire résolue avec perturbation du bilan hépatique (référer à l'accueil clinique si disponible)	<b>A (≤ 3 jours)</b>
	<input type="checkbox"/> Recherche d'ascite <input type="checkbox"/> Colique biliaire résolue sans perturbation du bilan hépatique (référer à l'accueil clinique si disponible) <input type="checkbox"/> Échographie datation 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> Saignement utérin dysfonctionnel actif (référer à l'accueil clinique si disponible)	<b>B (≤ 10 jours)</b>
	<input type="checkbox"/> Préciser une anomalie vue en TDM dans un contexte de bilan métastatique <input type="checkbox"/> Suspicion d'anévrisme de l'aorte asymptomatique <input type="checkbox"/> Hématurie microscopique (macroscopique = pyéloscan) <input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé <input type="checkbox"/> Ménométrorragie <input type="checkbox"/> Saignement postménopausique <input type="checkbox"/> Évaluation de masse annexielle/kyste sans contexte de grossesse <input type="checkbox"/> Localisation de stérilet	<b>C (≤ 28 jours)</b>
	<input type="checkbox"/> Évaluation d'une anomalie au TDM ou IRM sans contexte néoplasique <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Souffle abdominal asymptomatique <input type="checkbox"/> Dépistage histoire familiale d'anévrisme aorte <input type="checkbox"/> Dépistage cirrhose ou hépatite <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques <input type="checkbox"/> Suivi d'anévrisme asymptomatique <input type="checkbox"/> Recherche de lithiase vésiculaire (sans symptômes récents) <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques/dysménorrhée <input type="checkbox"/> Recherche ovaires polykystiques	<b>D (≤ 3 mois)</b>
<b>Autre :</b> (indiquer le diagnostic suspecté et 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	

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

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

Modalités d'échographie	Conditions cliniques	Cible selon l'échelle de priorité
<input type="checkbox"/> Thyroïdienne <input type="checkbox"/> avec biopsie  <input type="checkbox"/> Testiculaire	Douleur testiculaire aiguë	<b>URGENT</b> Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Masse testiculaire	<b>C (≤ 28 jours)</b>
	<input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien / goître	<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
<input type="checkbox"/> Musculo-squelettique  <input type="checkbox"/> Surface	Arthrite septique Rupture du tendon d'Achille, tendon quadricipital ou du biceps distal	<b>URGENT</b> Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Masse palpable, site : _____	<b>Indiquer la priorité qui sera validée par le service concerné :</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"/> Kyste de Baker <b>Autre :</b> Région anatomique et condition clinique à préciser	
<input type="checkbox"/> Prostate	<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
<b>Cardiaque</b>	Acheminer votre demande selon les informations disponibles dans la Zone des professionnels du site Web du CIUSSS : <a href="http://www.ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca">www.ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca</a>	
<b>Doppler</b>		
<b>Mammaire</b>		
<b>Obstétricale</b>		
<input type="checkbox"/> Autre modalité	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

**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@ssss.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.