

Nom et prénom : _____ DDN : _____

Date : _____ Téléphone : _____ RAMQ : _____

 CNESST SAAQ Courriel : _____

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE*		
<input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Selle turcique / Hypophyse <input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes (C.A.I.) <input type="checkbox"/> Articulations temporo-mandibulaires (A.T.M.) <input type="checkbox"/> Tissus mous cou <input type="checkbox"/> Plexus brachial <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Colonne <input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacrum / Coccyx <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Arthro-IRM Spécifiez : _____	Musculo-squelettique : <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Doigt Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Abdomen : <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Reins <input type="checkbox"/> MRCP (cholangio-IRM) <input type="checkbox"/> Entéro-IRM <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____

ÉCHOGRAPHIE**		
<input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Abdominale et Pelvienne <input type="checkbox"/> Pelvienne (Endovaginale au besoin) <input type="checkbox"/> Clarté nucale <input type="checkbox"/> Optimo <input type="checkbox"/> Harmony™ <input type="checkbox"/> Foetale <input type="checkbox"/> Cardiaque Mammaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Doppler Cervico-encéphalique <input type="checkbox"/> Doppler veineux Région : _____ <input type="checkbox"/> Testiculaire <input type="checkbox"/> Thyroïdienne <input type="checkbox"/> Tissu-mou ou écho de surface Région : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	Musculo-squelettique Région : _____ <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Échographie plus ou moins infiltration <input type="checkbox"/> Infiltration sous échographie ou fluoroscopie <input type="checkbox"/> Lavage calcique <input type="checkbox"/> Arthro-distensive

FLUOROSCOPIE**
Bloc(s) facettaire(s) Niveaux : _____ Arthrographie et infiltration Articulaton(s) : _____

TRAITEMENT RÉGÉNÉRATIF AU PRP *
<input type="checkbox"/> Traitement régénératif au PRP (plasma riche en plaquettes) sous guidage échographique Région : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES	MÉDECIN TRAITANT
	Nom : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____ Signature : _____

Nombre de renouvellements (Infiltrations) : _____

