



NOM DE FAMILLE A LA NAISSANCE / FAMILYNAME AT BIRTH

PRENOM / FIRST NAME

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH

NOM DE MARIAGE / MARRIED NAME

ADRESSE / ADDRESS

TELEPHONE

RAMQ #

V16

Date de demande / Date of request

Y

M

D

**EXAMEN / EXAM**

**PRIMAIRE / PRIMARY (INITIAL)**

A  ≤ 3 JRS / DAYS

B  ≤ 10 JRS / DAYS

C  ≤ 28 JRS / DAYS

D  ≤ 3 MONTH

E  **EXAMEN DE SUIVI / FOLLOW UP EXAM**  
**(CONTROLE / Control)**

Date ciblée / Target date: \_\_\_\_\_

**OPAT PT**

Courriel patient / Patient Email: \_\_\_\_\_

**RÉSULTATS LABORATOIRES / LAB RESULTS**

PLATELETS: \_\_\_\_\_

ENCEINTE /  
PREGNANT

Y N

PT/PTT/INR: \_\_\_\_\_

CREATININE: \_\_\_\_\_

ALLERGIE À L'IODE /  
IODINE ALLERGY

Y N

GFR: \_\_\_\_\_

AUTRES / OTHER: \_\_\_\_\_

**LIGNE CENTRALE / CENTRAL LINE**

**PICC**

# de LUMENS

**PORTA CATH**

1 2

**BROVIAC**

OUI /Yes Non / No

**Thrombose veineuse du membre supérieur**  
/ Upper limb venous thrombosis

**Fracture de la clavicule / Clavicle fracture**

**Pacemaker**  **G / LT**  **D / RT**

**capable de coopérer / able to cooperate**

**tolère la position couchée / tolerates supine position**

**nécessite l'oxygène / requires oxygen therapy**

**RENSEIGNEMENT PERTINENT / PERTINENT HISTORY**

**EXAMEN REQUIS / EXAM REQUESTED**

Un examen par requête / select one exam per requisition

**Radiologie générale / Xray**

**RM résonance magnétique / MRI**

**TDM / CT scan**

**Echographie / Ultrasound**

**Rad Interventionelle / Interventional Rad**

**Imagerie du sein / Breast Center**

COTE / SIDE:

**DROITE / RT**

**BILAT**

**GAUCHE / LT**

**suivi ANTIBIOTIQUE / Antibiotic F/U (OPAT**

**date ciblée / target appt. date (+/- 2days):**

**REQUIS POUR CHIRURGIE /**

**REQUIRED FOR SURGERY**

**RESERVE A LA RADIOLOGIE / FOR RADIOLOGY USE**

**CODE BARRE RADIOLOGIE / BAR CODE RADIOLOGY**

**RESERVE A LA RADIOLOGIE / FOR RADIOLOGY USE**

**NOM, PRÉNOM DU RÉSIDENT / NAME OF RESIDENT**

LETTRE MOULÉES / PRINT

SIGNATURE

No PERMIS / LICENCE No

**NOM, PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT OU RÉFÉRENT / NAME OF REFERRING PHYSICIAN.**

LETTRE MOULÉES / PRINT

SIGNATURE

No PERMIS / LICENCE No

**COURRIEL / EMAIL:**

**ADRESSE PROFESSIONNELLE / MAILING ADDRESS**

No

RUE

VILLE

CODE POSTALE