



**DEMANDE D'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE**  
**Pour PRENDRE RENDEZ-VOUS : (819) 376-5212**  
**Plan et détails au verso**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ No. RAMQ (pour identification seulement) : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)**

**EXAMEN RADIOGRAPHIQUE**

RACHIS	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR
<input type="checkbox"/> Cervical (3v) <input type="checkbox"/> + Obliques <input type="checkbox"/> + Flexion/extension <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Lombaire (T12-Sacrum) <input type="checkbox"/> + Obliques <input type="checkbox"/> + Flexion/extension <input type="checkbox"/> + Flexion latérale <input type="checkbox"/> + Bassin <input type="checkbox"/> Articulations Scacro-iliaques <input type="checkbox"/> Sacrum / Coccyx <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> + Complément – Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Côtes – Spécifiez niveau : _____ <input type="checkbox"/> Série scoliotique <input type="checkbox"/> + Complément – Spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> + Complément – Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Acromioclaviculaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> + Oblique <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> + Complément – Spécifiez : _____ <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"/> + Complément – Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> + Complément – Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Doigt – Spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Hanche unilatérale <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Hanches bilatérales <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"/> + Obliques <input type="checkbox"/> + Complément – Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Calcanéum <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Orteil – Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Scanographie <input type="checkbox"/> Scanographie + Bassin

Compléments et détails : \_\_\_\_\_

**CONFIRMATION**

**En signant, le clinicien valide l'ordonnance et confirme que le patient a été avisé des coûts de l'examen.**

Prescripteur : \_\_\_\_\_ # de permis : \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

**POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS**

➔ Appelez au 819-376-5212

Date (J/M/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Heure: \_\_\_\_\_

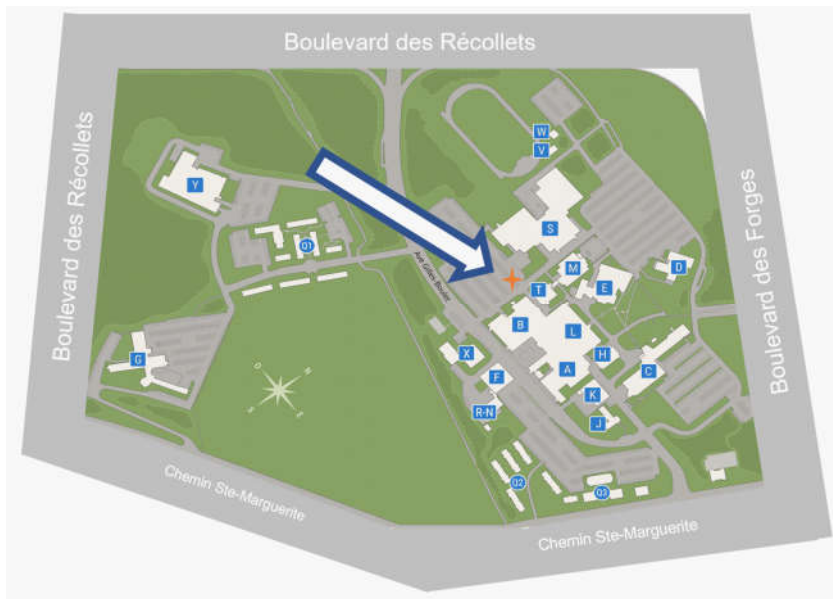
➔ Le jour du rendez-vous:  
- Aucune préparation nécessaire  
- Arrivez quelques minutes avant l'heure prévue

➔ La clinique universitaire de chiropratique est accessible à partir du boulevard des Récollets et l'avenue Gilles-Boulet.

➔ Un stationnement est réservé pour les cliniques. ✦

Venez chercher une vignette de stationnement à la réception de la clinique de chiropratique.

Clinique de chiropratique = **T**



**À COMPLÉTER LE JOUR DE L'EXAMEN PAR LA TECHNOLOGUE (USAGE INTERNE SEULEMENT)**

➔ **Question de sécurité pour toutes les femmes âgées entre 12 et 55 ans (examens du rachis lombaire, bassin, sacrum, coccyx, sacro-iliaques et hanches)**

Êtes-vous enceinte ou pourriez-vous l'être?

Oui, je suis enceinte    Non, je ne suis pas enceinte    Je ne sais pas, je ne suis pas certaine

Date des dernières menstruations : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date (J/M/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Commentaires de la technologue :

---

---

---

---

---

Technologue en imagerie: \_\_\_\_\_

Date (J/M/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_