



MÉDECIN REQUÉRANT || Requesting Physician

Adresse, téléphone ou estampe du médecin requérant
Address, phone number or print from the requesting physician

Signature: _____
Signature

Licence: _____ Date: _____
License Date

RAPPORT || Report

Français English

URGENT || Urgent

Tél.: _____

Fax: _____

PATIENT || Patient

Nom et Prénom _____
Full Name

Téléphones _____ Date de Naissance _____
Phone Numbers Date of Birth

Courriel _____ N° RAMQ _____
Email RAMQ N°

Adresse _____ Date Exp. _____
Address Exp. Date

ÉCHOGRAPHIE || Ultrasound

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abdominale Abdominal | <input type="checkbox"/> Transfontanelle Transfontanelle | <input type="checkbox"/> Hanche Hips |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne Pelvis | <input type="checkbox"/> Colonne Lombo-Sacrée Spinal | <input type="checkbox"/> Testiculaire Testicular |
| <input type="checkbox"/> Abdominale et Pelvienne Abdominal and Pelvic | <input type="checkbox"/> Cou Neck | <input type="checkbox"/> Seins Breasts |
| <input type="checkbox"/> Doppler Doppler * | <input type="checkbox"/> Musculosquelettique MSK * | <input type="checkbox"/> Surface / Autre Surface / Other * |

* SVP VEUILLEZ SPECIFIER CI-BAS || PLEASE SPECIFY BELLOW

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRE) || Clinical information (mandatory)

