

ORDONNANCE DE RADIOGRAPHIE

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Identification du patient

Nom :

N° d'assurance maladie du Québec

Date de naissance (AA-MM-JJ)

N° de téléphone (jour) :

N° de téléphone (soir) :

Adresse :

Physiothérapeute requérant

Médecin traitant

Nom :

Nom :

N° de permis :

N° de permis :

Milieu clinique :

Milieu clinique :

N° de téléphone :

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

N° de télécopieur :

Adresse :

Adresse :

Renseignements cliniques pertinents

(p. ex. : mécanisme de blessure, date du traumatisme et résultats d'évaluation pertinents)

Radiographie demandée

Préciser la région et les prises de vues spécifiques, s'il y a lieu.

Autres renseignements pertinents

(p. ex. : précautions, conditions associées)

Signature du physiothérapeute

Date