



CLINIQUE MÉDICALE
CLÉMENT PARADIS

460, boulevard Talbot
Chicoutimi QC G7H 4A2

Téléphone : 418 543-4300

Télécopieur : 418 543-4222

Courriel : info@clementparadis.com

Site Internet : www.clementparadis.com

Visite d'évaluation diagnostique.

Nom :

Adresse :

Tél :

NAM :

Consultation médicale des membres (bras / jambe) à visée diagnostique

(À compléter par le médecin référent)

Question(s) clinique(s) diagnostique(s) - obligatoire :

- ☐ Question diagnostique principale :
- ☐ Hypothèse diagnostique à confirmer :
- ☐ Diagnostic différentiel à préciser :
- ☐ Corrélation clinique ou imagerie à évaluer :
- ☐ Autre question diagnostique précise :

Toute demande sans question diagnostique explicite sera refusée administrativement.

Les demandes visant une infiltration, même reformulée, ne sont pas acceptées.

Prérequis – complété par le médecin référent

- ☐ La demande vise une évaluation diagnostique médicale indépendant.
- ☐ La demande ne vise pas une infiltration spécifique ni une visite d'entretien périodique.
- ☐ Le patient comprend que la consultation ne garantit aucun geste technique.

Signature MD : _____ No pratique : _____ Date : _____

Section – Échographie diagnostique

L'indication de l'échographie relève **exclusivement du jugement médical** exercé lors de la consultation. L'échographie diagnostique est un **examen complémentaire optionnel**, utilisé lorsqu'indiqué. Lorsqu'elle est réalisée en cabinet de médecine par un médecin non-radiologiste, **l'échographie diagnostique n'est pas un service assuré par la RAMQ**. Les frais sont alors assumés par le patient. Une échographie diagnostique demeure disponible **sans frais dans les établissements publics**. Cette échographie **ne constitue pas une évaluation diagnostique de radiologie ni une interprétation par un radiologiste**. Une investigation en radiologie peut être indiquée selon le contexte clinique. **Le patient conserve en tout temps la possibilité de refuser cet examen.**

Section – CNESST

Les consultations dans un dossier CNESST sont offertes uniquement sur présentation d'une autorisation écrite valide de la CNESST, couvrant l'évaluation demandée et tout examen complémentaire requis. Toute demande CNESST sans autorisation préalable est refusée administrativement, sans évaluation clinique. La clinique ne fait aucune démarche d'autorisation auprès de la CNESST.

Section administrative

- | | |
|--|--|
| ☐ Question clinique diagnostique explicite formulée. | ☐ Accepté |
| ☐ Aucune attente d'intervention prédéterminée (patient, md) | ☐ Refus administratif |
| ☐ Visite ponctuelle, sans prise en charge longitudinale | ☐ Partie concernée avisée Initiale : _____ |

Toute demande incomplète ou ne respectant pas l'ensemble des critères sera refusée sans évaluation clinique