

Médecin requérant / Requesting Physician Nom / Name: _____ Adresse / Address: _____ Tél./Tel: _____ Téléc./Fax: _____ N° de pratique / License#: _____ Rapport final / Final Report : <input type="checkbox"/> Français / French <input type="checkbox"/> Anglais / English cc à docteur / to doctor: _____ Signature: _____	Identification du patient / Patient Information Nom / Name: _____ N° de téléphone / Telephone: _____ DDN / DOB : _____ / _____ / _____ <small>AAAA/YYYY MM JJ/DD</small> Poids / Weight: _____ (kgs / lbs.) Taille / Height: _____ Allergies: _____ <input type="checkbox"/> Urgent
---	--

Renseignements cliniques : Clinical Information:

CSST SAAQ N° de dossier / File# _____ Date de l'événement / Date of event _____

Tomodensitométrie / CT-Scan <input type="checkbox"/> Contraste/Contrast <input type="checkbox"/> Cérébrale / Brain <input type="checkbox"/> Canal auditif interne / Internal auditory canals <input type="checkbox"/> Orbites / Orbits <input type="checkbox"/> Sinus / Sinuses <input type="checkbox"/> Cou / Neck <input type="checkbox"/> Massif facial / Facial Bones <input type="checkbox"/> Articulation temporo-mandibulaire / TM Joints <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdominale / Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis / Pelvic <input type="checkbox"/> CT- Énterographie / Enterography <input type="checkbox"/> Rachis / Spine: <i>spécifiez / specify</i> _____ <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques / S.I. Joints <input type="checkbox"/> Musculosquelettique / MSK: <i>Site</i> _____ <input type="checkbox"/> Coloscopie Virtuelle / Virtual Colonoscopy <input type="checkbox"/> Autre / Other: _____ Angio-Scan / CT Angiography <input type="checkbox"/> Cerveau / Brain <input type="checkbox"/> Cou / Neck <input type="checkbox"/> Aorte / Aorta <input type="checkbox"/> Rénale / Renal <input type="checkbox"/> Thorax / Chest <input type="checkbox"/> Autres / Other : _____	IRM / MRI <input type="checkbox"/> Contraste/Contrast <input type="checkbox"/> Cérébrale / Brain <input type="checkbox"/> Hypophyse / Pituitary gland <input type="checkbox"/> Canal auditif interne (CAI) / Internal auditory canals (IAC) <input type="checkbox"/> Articulation temporo-mandibulaire / TM Joints <input type="checkbox"/> Thorax organe / Organ: _____ <input type="checkbox"/> Cholangio-pancréaticogramme / MRCP <input type="checkbox"/> Énterographie / Enterography <input type="checkbox"/> Abdomen organe / Organ: _____ <input type="checkbox"/> Déféco-graphie / Defecography <input type="checkbox"/> Pelvis organe / Organ: _____ <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Rachis / Spine: Segments: _____ <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques / S.I. Joints <input type="checkbox"/> Seins / Breast: _____ <input type="checkbox"/> Plexus brachial / Brachial Plexus <input type="checkbox"/> D / R <input type="checkbox"/> G / L <input type="checkbox"/> Musculosquelettique / MSK: <i>Site</i> _____ <input type="checkbox"/> Autre / Other : _____ Angio IRM / MR Angiography <input type="checkbox"/> Cerveau / Brain <input type="checkbox"/> Cou / Neck <input type="checkbox"/> Aorte / Aorta <input type="checkbox"/> Rénale / Renal <input type="checkbox"/> Autre / Other: _____
---	--

Échographie / Ultrasound Initiales du T.I.M. : _____ <input type="checkbox"/> Abdominale / Abdomen <input type="checkbox"/> Abdominale et pelvienne / Abdomen and Pelvic <input type="checkbox"/> Pelvienne et endovaginale / Pelvic and Endovaginal <input type="checkbox"/> Pelvis / Pelvic <input type="checkbox"/> Obstétricale / Obstetrical D.D.M / LMP: _____ <input type="checkbox"/> Harmony test prénatal / Harmony Prenatal Test <input type="checkbox"/> Thyroïde / Thyroid <input type="checkbox"/> Cou / Neck <input type="checkbox"/> Musculosquelettique / MSK: <i>Site</i> _____ <input type="checkbox"/> Testicules / Testicles <input type="checkbox"/> Échographie de surface/ Surface Ultrasound <input type="checkbox"/> Doppler carotidien / Carotid Doppler <input type="checkbox"/> Doppler artériel / Arterial Doppler <input type="checkbox"/> Doppler veineux pour TVP / Venous Doppler for DVT <input type="checkbox"/> Autres / Other : _____ <p style="text-align: center;">Échographies maintenant couverts par RAMQ Ultrasounds now covered by Medicare</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Préparations / Preparations</p> IRM / MRI <input type="checkbox"/> Avec contraste / With Contrast : 3 heures à jeûn avant l'examen / 3 hours fasting prior to exam, liquid ok <input type="checkbox"/> MRCP : 12 heures à jeûn / 12 hours fasting <input type="checkbox"/> Énterographie / Enterography : 6 heures à jeûn / 6 hours fasting <input type="checkbox"/> Prostate : NE PAS URINER 30 minutes avant d'examen. DO NOT URINATE for 30 minutes before exam. Échographie / Ultrasound <input type="checkbox"/> Abdominale / Abdomen : 5 heures à jeûn avant l'examen / 5 hours fasting before exam. <input type="checkbox"/> Pelvis / Pelvic : Boire 2 à 3 verres de liquide 1 heure avant l'examen. NE PAS URINER. Drink 2 to 3 glasses of liquid 1 hour before exam. DO NOT URINATE. Tomodensitométrie / CT-Scan <input type="checkbox"/> Avec contraste / With Contrast : 3 heures à jeûn avant l'examen Liquide ok / 3 hours fasting prior to exam, liquid ok Taux de créatinine / Creatinine level _____ μmol <input type="checkbox"/> Énterographie / Enterography : 6 heures à jeûn / 6 hours fasting <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle / Virtual Colonoscopy : S'il vous plaît appeler la clinique / Please call the clinic
---	--

Questionnaire IRM / MRI Questionnaire

Afin d'éviter des délais, assurez-vous de compléter le questionnaire suivant avec le patient avant de prendre rendez vous.

In order to avoid any delay, please ensure that the following questions have been completed with the patient prior to scheduling an appointment.

Est-ce que le patient est porteur de / Does the patient have :

O / Y N / N

- Stimulateur cardiaque / Pacemaker
- Clip sur anévrisme cérébral / Aneurysm clip
- Neurostimulateur ou biostimulateur / Neurostimulator or biostimulator
- Pompe à infusion / Infusion pump
- Prothèse oculaire ou cochléaire / Ocular or Cochlear implants
- Pontage coronaire / Coronary Bypass
→ Apportez le rapport + les images de la radiographie pulmonaire / Bring chest x-ray report and images
- Fragment d'électrode après chirurgie cardiaque / Electrode fragment after cardiac surgery
- Prothèse valvulaire cardiaque / Cardiac valvular prosthesis
- Stent vasculaire ou filtre sur la veine cave / Vascular stent or vena cava filter (ex. Birdnest)

O / Y N / N

- Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu / Gun shot fragments
- Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant (ex. Omniphase, Duraphase)
- Est-ce que le patient à déjà eu des chirurgies antérieures: cardiaque, cerveau, yeux, oreilles ou autres? / Any previous surgeries-cardiac, brain, eye, ears or other?
spécifiez/specify _____
- Corps métallique étranger (ex. prothèse, tige) / Any metal in your body (prosthesis, rod)
- Tatouages, maquillage permanent ou perçages corporels / Tatoos, permanent make-up or body piercing
- Timbres ou pansement médicamenteux / Medicated patch (ex. nicotine)
- Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant?
- Êtes-vous claustrophobe / Are you claustrophobic

Date dernière menstruation D.D.M. : _____
AAAA-MM-JJ

Last Menstrual Period LMP : _____
YYYY-MM-DD

Poids / Weight: _____ (kgs / lbs.) Taille / Height: _____

Signature du médecin / Physician Signature: _____ **Date** _____

Signature du patient / Patient Signature: _____ **Date** _____

Signature du technologue / Technologist Signature: _____ **Date** _____

Autres services/ Other Services

- PRÉLÈVEMENT SANGUINS / BLOOD TESTS
- CLINIQUE SANTÉ VOYAGEUR/ TRAVEL HEALTH CLINIC
- IMMUNISATIONS
- ÉLECTROCARDIOGRAMME / ELECTROCARDIOGRAM (ECG)
- SERVICES D'INFIRMIER(ÈRE)S / NURSING SERVICES



Heures d'ouverture: Du lundi au vendredi de 7h30 à 17h / **Hours of Operation:** Monday to Friday 7:30am-5:00pm