

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 a 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 percages corporels / Tattoos, 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.)

Questionnaire Tomodensitométrie / CT Scan Questionnaire

O / Y N / N

- Avez-vous des maladies cardiaques / hypertension artérielle / Any heart disease / hypertension?
- Êtes-vous diabétique / Are you a diabetic?
- Prenez-vous du Metformine ou Glucophage / Do you take Metformin or Glucophage? **Si oui** : Ne les prenez pas le jour de l'examen et pour les prochaines 24 heures / **If Yes**: Do not take the day of your exam and for 24 hours after your exam.
- Avez-vous des maladies pulmonaires / Do you have lung disease?
- Avez-vous un Myélome multiple / Do you have Multiple Myeloma?

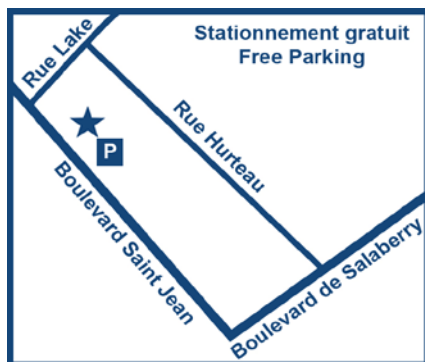
Signature du médecin / Physician Signature: _____ Date _____

Signature du patient / Patient Signature: _____ Date _____

Signature du technologue / Technologist Signature: _____ Date _____

Autres services

- PRÉLÈVEMENT SANGUINS
- CLINIQUE DU VOYAGEUR
- IMMUNISATIONS
- ÉLECTROCARDIOGRAMME
- SERVICES D'INFIRMIER(ÈRE)S



Other Services

- BLOOD TESTS
- TRAVEL CLINIC
- IMMUNISATIONS
- ELECTROCARDIOGRAM (EKG)
- NURSING SERVICES