

Médecin requérant / Requesting Physician

Date : _____ / _____ / _____
AAAA/YYYY MM JJ/DD

Nom / Name: _____

Tél./Tel: _____ Téléc./Fax: _____

N° de pratique / License#: _____

Signature: _____ **Urgent**

Rapport final / Final Report : Français / French Anglais / English

Identification du patient / Patient Information

Nom / Name: _____

N° de téléphone / Telephone: _____

DDN / DOB : _____ / _____ / _____
AAAA/YYYY MM JJ/DD

Étes-vous enceinte? / Are you pregnant? Oui/Yes Non/No

Si oui, veuillez en aviser le technologue **AVANT** votre examen.

If yes, please advise the technologist **BEFORE** your exam.

Allergies: _____

Créatinine : _____ **date:** _____ CNESST SAAQ

Renseignements cliniques (obligatoire): Clinical Information (obligatory):

Tomodensitométrie / CT-Scan **Contraste/Contrast**

- Cérébrale / Brain
- Canal auditif interne / Internal auditory canals
- Orbites / Orbits
- Sinus / Sinuses
- Cou / Neck
- Massif facial / Facial Bones
- Dentaire / Dental
- Articulation temporo-mandibulaire / TM Joints
- Thorax

- Abdominale / Abdomen
- Pelvis / Pelvic
- CT- Éntérographie / Enterography
- Rachis / Spine: *spécifiez / specify* _____
- Articulations sacro-iliaques / S.I. Joints
- Musculosquelettique / MSK: *Site* _____
- Coloscopie Virtuelle / Virtual Colonoscopy
- Autre / Other: _____

Angio-Scan / CT Angio Région /area : _____

IRM / MRI **Contraste/Contrast**

- Cérébrale / Brain
- Orbites / Orbits
- Hypophyse / Pituitary gland
- Canal auditif interne (CAI) / Internal auditory canals (IAC)
- Articulation temporo-mandibulaire / TM Joints
- Thorax organe / Organ: _____
- Cholangio-pancréaticogramme / MRCP
- Cou tissue moue / Neck soft tissue
- Éntérographie / Enterography

- Abdomen organe / Organ _____
- Défécographie / Defecography
- Pelvis organe / Organ: _____
- Prostate
- Rachis / Spine: Segments: _____
- Articulations sacro-iliaques / S.I. Joints
- Plexus brachial / Brachial Plexus D / R G / L
- Musculosquelettique / MSK: *Site* _____
- Autre / Other : _____

Angio IRM / MR Angiography Cerveau / Brain (Willis)

Échocardiogramme / Echocardiogram

Services couverts par la RAMQ / Services covered by RAMQ

Échographie / Ultrasound

- Abdominale / Abdomen
- Musculosquelettique / MSK: *Site* _____
- Pelvienne et endovaginale / Pelvic and Endovaginal
- Age-viabilité / Dating-viability
- Obstétricale / Obstetrical D.D.M / LMP: _____
- Pelvis / Pelvic
- Échographie de surface/ Surface Ultrasound

- Testicules / Testicles
- Doppler veineux / Venous Doppler : D/R G/L
- Doppler cervico encéphalique /Carotid Doppler:
- Thyroïde / Thyroid
- Cou / Neck
- Seins / breast: D/R G/L
- Autres / Other : _____

Fluoroscopie / Fluoroscopy

- Oesophage / Eosophagus -Ba swallow
- Tube digestif sup. / U.G.I

- Étude du grêle / SBFT
- Lavement baryté / Ba Enema SC DC
- Autre / Other : _____

Mammographie / Mammography

- Diagnostique / Diagnostic
- Compression

Apportez votre dernière mammogramme et ne mettez pas de désodorisant
Bring your last mammogram and wear no deodorant.

Dernière/ Last mammo: _____

Ostéodensitométrie / Bone density

Dernier examen / Last exam : _____
Aucun supplément de calcium 48 heures avant l'examen. Aucun examen baryté ou médecine nucléaire 2 semaines avant l'examen.

No calcium supplement 48 hours before examination. No barium and no nuclear medicine 2 weeks before examination.

Radiographie / X-RAY

Sans rendez-vous / Without appointment

Tête et cou / Head and neck

- Crâne / Skull
- Orbites / Orbits
- Sinus / Sinuses
- Nez / Nose
- Massif facial / Facial bones
- Maxillaire inf. / mandibule
- Cou tissus mous / Neck soft tissues

Thorax et abdomen / Chest and abdomen

- Poumons / Chest
- Cage thoracique / Ribs D/R G/L
- Sternum
- Abdomen Simple Series

Colonne et bassin / Spine and pelvis

- Cervicales / Cervical
- Dorsales / Thoracic
- Lombaires / Lumbar
- Sacrum
- Art. sacro-iliaques / S.I.J D/R G/L
- Coccyx
- Bassin / Pelvis
- Acromio-claviculaires / ACJ
- Sterno-claviculaires / SCJ

Membres Inf. / Lower limbs

- Hanche / Hip D/R G/L
- Fémur / Femur D/R G/L
- Genou / Knee D/R G/L
- Jambe / Leg D/R G/L
- Cheville / Ankle D/R G/L
- Pied / Foot D/R G/L
- Orteil / Toe: _____ D/R G/L

Membres sup. / Upper limbs.

- Omoplate/Scapula D/R G/L
- Clavicule / Clavicle D/R G/L
- Epaule / Shoulder D/R G/L
- Humérus / Humerus D/R G/L
- Coude / Elbow D/R G/L
- Avant-bras / Forearm. D/R G/L
- Poignet / Wrist D/R G/L
- Main / Hand D/R G/L
- Doigt / Finger : _____ D/R G/L

Etude osseuse

- Série osseuse / Skeletal survey

Scanographie

- Membres Inférieurs / Lower limbs

Autre / Other : _____

Préparations / Preparations

Antérieurs /Anteriors : Apportez vos antérieurs / Bring your previous exam.

IRM et Tomodensitométrie / MRI and CT-Scan

- Avec contraste / With Contrast** : 3 heures à jeûn avant l'examen / 3 hours fasting before exam
- MRCP** : 12 heures à jeûn / 12 hours fasting
- Énterographie / Enterography** : 6 heures à jeûn / 6 hours fasting
- Prostate** : NE PAS URINER 30 minutes avant d'examen. / DO NOT URINATE 30 minutes before exam.
- Coloscopie virtuelle / Virtual Colonoscopy**
- Défécographie / Defecography**

Échographie / Ultrasound

- Abdominale / Abdomen** : 5 heures à jeûn avant l'examen / 5 hours fasting before exam. Vous pouvez boire de l'eau / Could drink water
- 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.

Questionnaire IRM / MRI Questionnaire

S'il vous plait, assurez-vous de compléter le questionnaire suivant avec le patient avant de prendre rendez vous. Est-ce que le patient est porteur de :

Oui Non

- Stimulateur cardiaque
- Clip sur anévrisme cérébral
- Neurostimulateur ou bio-stimulateur
- Pompe à infusion (ex: insuline)
- Prothèse oculaire ou cochléaire
- Pontage coronaire
→ Si oui, apportez le rapport + la radiographie pulmonaire
- Fragment d'électrode après chirurgie cardiaque
- Fragment métallique dans l'œil ou la peau
- Prothèse valvulaire cardiaque
- Stent vasculaire ou filtre sur la veine cave

Oui Non

- Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu
- Implants
- Implant pénien magnétique
- Marqueur au sein
- Chirurgies antérieures: cardiaque, cerveau, yeux, oreilles ou autres? Spécifier _____
- Chirurgie de moins de 6 semaines . Date: _____
- Corps métallique étranger (ex. prothèse, tige, vis)
- Tatouages, maquillage permanent ou perçages corporels de moins de 6 semaines: date: _____
- Timbres ou pansement médicamenteux (ex: nicotine)
- Êtes-vous claustrophobe?
Poids: _____ Date dernière menstruation: _____

Please ensure the following questions have been completed with the patient before scheduling an appointment. Does the patient have :

Yes No

- Pacemaker
- Aneurysm clip
- Neurostimulator or biostimulator
- Infusion pump (ex: insulin)
- Ocular or Cochlear implants
- Pontage coronaire / Coronary Bypass
→ If yes, bring chest x-ray report and images
- Electrode fragment after cardiac surgery
- Metallic fragment in eyes or skin
- Cardiac valvular prosthesis
- Vascular stent or vena cava filter (ex. Birdnest)

Yes No

- Gun shot fragments
- Implants
- Magnetic penile implant (ex. Omniphase, Duraphase)
- Breast marker
- Any previous surgeries-cardiac, brain, eye, ears or other? specify _____
- Surgery less than 6 weeks ago. Date: _____
- Any metal in your body (prosthesis, rod, screw)
- Tatoos, permanent make-up or body piercings less than 6 weeks ago date : _____
- Medicated patch (ex. nicotine)
- Are you claustrophobic?
Weight: _____ Last Menstrual Period: _____

Signature du médecin / Physician Signature

Signature du patient / Patient's signature

Date