

IRM / Radiologie
1538 rue Sherbrooke O. (coin Guy)
Suite 1010 (10ième étage)
Montréal, Québec H3G 1L5
T: 514-933-4990
Fax: 514-933-4728
Courriel: rad@vmmed.com

TEP/CT et Médecine Nucléaire
2345 rue Guy (coin rue Sherbrooke O.)
Montréal, Québec H3H 2L9
T: 514-933-5885
Fax: 514-933-4646
Courriel: petct@vmmed.com
www.vmmed.com



HEURES D'OUVERTURE (Peut varier selon département)

Lundi au jeudi : 8 h à 18 h 00 • Vendredi : 8 h à 17 h • Samedi et dimanche : 8 h 30 à 13 h

NOM DU MÉDECIN RÉFÉRANT :		DATE : _ / _ / _	DATE DE NAISSANCE : _ / _ / _	TÉL. : () _____
Choisir la langue de correspondance : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Urgent		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : (Nécessaire pour fournir aux patients un soin optimal)		
ADRESSE : _____		<input type="checkbox"/> DIABÉTIQUE <input type="checkbox"/> SOUS HYPOGLYCÉMIANTS ORAUX <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ # Dossier : _____ <input type="checkbox"/> Facturer la Clinique (l'autorisation de facturer doit être attachée à la requête)		
TÉL. : () _____ FAX : () _____				
SIGNATURE DU MÉDECIN RÉFÉRANT _____ # DE PERMIS _____				

TOUS LES EXAMENS NÉCESSITENT UN RENDEZ-VOUS SAUF LES EXAMENS DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

Pour toute annulation de rendez-vous, veuillez nous en avertir 24 h à l'avance, sinon des frais pourraient s'appliquer.

Certaines ou toutes les parties de ces examens sont pas couvertes par la RAMQ, mais généralement remboursés par les assurances privées, la SAAQ ou la CSST.

IMAGERIE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE D'IRM AU VERSO DE CE FORMULAIRE.

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cerveau | <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou | <input type="checkbox"/> Sinus |
| <input type="checkbox"/> Angio-cérébrale | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Thorax |
| <input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | <input type="checkbox"/> Pharynx |
| <input type="checkbox"/> Orbites | <input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée | |
| <input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaire | <input type="checkbox"/> Plexus brachial | |
| <input type="checkbox"/> Arthro-IRM | <input type="checkbox"/> Seins | |
| <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Biopsie sous IRM (Seins) | |
| | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | | |
| <input type="checkbox"/> Bassin | | |

LE GRAND DIAMÈTRE DE NOTRE UNITÉ D'IRM EST ADAPTÉ AUX PERSONNES CLAUSTROPHOBES.

TEP/CT SCAN ET MÉDECINE NUCLÉAIRE - 2345, RUE GUY - (514) 933-5885

VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE TEP/CT SCAN AU VERSO DE CE FORMULAIRE.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TEP Oncologie | <input type="checkbox"/> TEP Neurologie |
| ÉTUDES SCINTIGRAPHIQUES | |
| <input type="checkbox"/> Osseuse | <input type="checkbox"/> Rénale |
| <input type="checkbox"/> Perfusion myocardique (MIBI) | <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Lasix |
| <input type="checkbox"/> Persantine <input type="checkbox"/> Effort | <input type="checkbox"/> Hépatobiliaire (HIDA) |
| <input type="checkbox"/> Ventriculographie (fraction d'éjection) | <input type="checkbox"/> Vidange gastrique |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Recherche d'hémangiome |
| <input type="checkbox"/> Tc99m <input type="checkbox"/> Iode 123 | <input type="checkbox"/> Globules blancs marqués (Infection) |
| <input type="checkbox"/> Parathyroïdienne | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

TOMODENSITOMÉTRIE (CT SCAN) - 2345, RUE GUY - (514) 933-5885

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Arthro-CT | <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Colonne : _____ |
| <input type="checkbox"/> Cerveau | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire : _____ |
| <input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Pelvis | Taux de créatinine : _____ |
| <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle | | (Obligatoire pour injection de contraste) |

ÉPIDURALE, ARTHOGRAPHIE, INFILTRATION & BLOCS FACETTAIRES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infiltration artculaire _____ articulation (s) | <input type="checkbox"/> Bloc facettaire |
| | <input type="checkbox"/> dorsale |
| <input type="checkbox"/> Lavage calcique | <input type="checkbox"/> lombaire |

ÉCHOGRAPHIE

ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominale (inclus Rénale) | <input type="checkbox"/> Testicules |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne | <input type="checkbox"/> De surface |
| <input type="checkbox"/> Endovaginale | <input type="checkbox"/> Échographie du sein (échographie du sein offerte par le centre du sein) |
| <input type="checkbox"/> Abdominale et pelvienne | |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde et cou | |

ÉCHOGRAPHIE MUSCULO-SQUELETTIQUE

- | |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épaule |
| <input type="checkbox"/> Genou |
| <input type="checkbox"/> Cheville |

ÉCHOGRAPHIE VASCULAIRE

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cervico-encéphalique / Carotide / Doppler |
| <input type="checkbox"/> Doppler hépatique |
| <input type="checkbox"/> Doppler rénal incluant abdomen |
| <input type="checkbox"/> Doppler veineux / membre supérieur ou inférieur |
| <input type="checkbox"/> Doppler artériel / membre supérieur ou inférieur |

MAMMOGRAPHIE / CENTRE DU SEIN / DENSITÉ OSSEUSE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mammographie numérique (DR) avec détection assistée par ordinateur (DAO) | <input type="checkbox"/> Ostéo-densitométrie <input type="checkbox"/> + Lipo |
| <input type="checkbox"/> Centre du sein : évaluation de la patiente | |

BIOPSIES

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Biopsie sous échographie _____ (précisée) |
| <input type="checkbox"/> Biopsie du sein sous stéréotaxie |
| <input type="checkbox"/> Biopsie du sein sous IRM |

RADIOLOGIE GÉNÉRALE

TÊTE ET COU

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Crâne |
| <input type="checkbox"/> Massif facial |
| <input type="checkbox"/> Maxillaire |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes |
| <input type="checkbox"/> Nez |
| <input type="checkbox"/> Sinus |
| <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou |

COLONNE

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cervicale |
| <input type="checkbox"/> Dorsale |
| <input type="checkbox"/> Lombaire |
| <input type="checkbox"/> Cervicale / Dorsale / Lombaire |
| <input type="checkbox"/> Bassin |
| <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques |
| <input type="checkbox"/> Sacrum et Coccyx |

THORAX

- | |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poumons |
| <input type="checkbox"/> Côtes |
| <input type="checkbox"/> Sternum |

ABDOMEN

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen (reins, uretères et vessie) |
| <input type="checkbox"/> Série abdominale |

MEMBRES SUPÉRIEURS

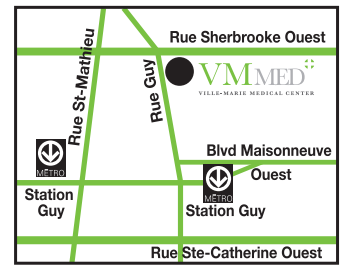
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaires |
| <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Art. sterno-claviculaire |

MEMBRES INFÉRIEURS

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |

AUTRE : _____

Le Centre de Radiologie VM Médical est un centre agréé par l'Association canadienne des radiologistes en mammographie et le seul centre d'imagerie résonance magnétique au Canada, accrédité par le American College of Radiology (ACR).



VEUILLEZ APPORTER LES IMAGES DES EXAMENS PRÉCÉDENTS SI DISPONIBLES

QUESTIONNAIRE POUR TEP/CT, MÉDECINE NUCLÉAIRE, TOMODENSITOMÉTRIE ET INJECTION GUIDÉE PAR FLUOROSCOPIE

(à être complété par vous et/ou votre médecin référent)

Veillez vous présenter au 1538, rue Sherbrooke O. (coin Guy), pour toutes les injections guidées par fluoroscopie.

Veillez vous présenter au 2345, rue Guy (coin Sherbrooke), pour tous les examens de TEP/CT, CT Scan, médecine nucléaire.

QUESTIONS GÉNÉRALES :

OUI NON

- Poids : _____ Taille : _____
- Enceinte
- Allaitement
- Allergies / Réactions antérieures
Si oui, précisez : _____
- Patient claustrophobe
- Diabète Type : _____
- Injection antérieure de contraste pour tomodensitométrie axiale, cathétérisme cardiaque, pierre aux reins ou IRM

OUI NON

- Antidiabétiques oraux
Note : Si le patient prend du Metformin (Glucophage),
il doit arrêter ce médicament pendant 48 heures après une injection d'iode
Liste des médicaments : _____
- Insuffisance rénale
- Chimiothérapie (Date de la dernière dose) : _____
- Radiothérapie (Date de la dernière dose et zone irradiée) : _____

QUESTIONNAIRE POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) SEULEMENT

(à être complété par vous et/ou votre médecin référent)

Veillez vous présenter au 1538, rue Sherbrooke (coin Guy), pour tous les examens de l'IRM

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES (SAUF EXCEPTIONS)

OUI NON

- Stimulateur cardiaque (« pacemaker »)
- Neurostimulateur ou défibrillateur implanté
- Pompe à insuline implantée sous la peau
- Cathéter Swan-Ganz
- Fragment d'électrode
(après chirurgie cardiaque)¹
- « Clips » pour anévrisme cérébral, aortique,
cou ou autre
- Filtre « Birdnest » (« parapluie »)
dans la VCI implanté < 3 mois
- Stent aortique implanté < 3 mois
- Implant cochléaire (oreille interne)
- Implant oculaire magnétique¹
- Implant pénien magnétique
(OmniPhase, DuraPhase)
- Fragment métallique dans un œil¹
- Chirurgie récente (deux derniers mois)
avec clips ou prothèse

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

OUI NON

- Claustrophobie (crainte des espaces clos)
- Grossesse
- Poids excédant 450 lb
- Dérivation ventriculaire (« shunt ») métallique
- Prothèse articulaire / site : _____
- Fracture traitée par tige, plaque, vis, clous / site : _____
- Tige(s) de Cotrel ou Harrington / site : _____
- Agrafes, sutures ou mèches métalliques / site : _____
- Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu / site : _____
- Chirurgie ancienne avec métal / date : _____
- Allaitement²
- Timbre médicamenteux
- Pansements médicamenteux (avec Ag / argent)
- Allergies (produit de contraste ex. iode), asthme²
- Injection d'iode ou de Gadolinium dans les dernières 48 h²
- Insuffisance rénale (taux créatininémie _____, si plus de 50 ans)²
- Tatouage

¹ Dans le doute, obtenir des radios de la région concernée

² Si injection de Gadolinium

J'ai revu le questionnaire avec mon médecin ou le (la) technologue en imagerie et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts. Je consens à passer l'examen prescrit.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE LA PATIENTE

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DU (DE LA) TECHNOLOGUE

____ / ____ / ____
DATE