

INFORMATION DES PATIENTS	INFORMATION SUR LE MÉDECIN RÉFÉRENT
Prénom _____	Date _____ AAAA / MM / JJ
Nom de famille _____	Nom du médecin _____ Permis # _____
D.D.N _____	Adresse _____
Téléphone _____	Téléphone _____ Télécopieur : _____
Courriel _____	Signature _____

INFORMATIONS CLINIQUES – Obligatoires

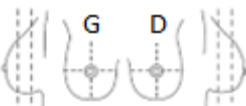
*** IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE [IRM] – sur rendez-vous uniquement ①**

☐ Cerveau	☐ C.A.I.	☐ Thorax	☐ Bassin (utérus, ovaires, etc.)	☐ Tissus mous
☐ ARM – Polygone de Willis	☐ MRA – Cou (carotide)	☐ Sein	☐ Bassin (osseux)	☐ Arthrographie IRM, préciser: ☐ G ☐ D _____
☐ Selle turcique	☐ Tissus mous du cou	☐ Biopsie guidée par IRM	☐ Colonne cervicale	☐ Autre, préciser : _____
☐ Sinus	☐ Pharynx	☐ Abdomen (foie reins, etc.)	☐ Colonne dorsale	
☐ Orbites	☐ Plexus brachial	☐ MRCP	☐ Colonne lombaire	

RAYONS-X – sans rendez-vous

Tête Cou	Poumons Côtes Abdomen	Colonne Vertébrale Bassin	Membres supérieurs	Membres inférieurs
☐ Crâne	☐ Poumons	☐ Colonne Cervicale	☐ Articulations acromio-claviculaires	☐ Fémur ☐ G ☐ D
☐ Massif facial	☐ Côtes ☐ G ☐ D	☐ Colonne Dorsale	☐ Articulations sternoclaviculaires	☐ Genou ☐ G ☐ D
☐ Maxillaire	☐ Sternum	☐ Colonne Lombaire	☐ Âge osseux	☐ Jambe ☐ G ☐ D
☐ Tissus mous du cou	☐ Abdomen (reins, uretères et vessie)	☐ Articulations sacro-iliaques	☐ Clavicule ☐ G ☐ D	(Tibia)
☐ Nez	☐ Série abdominale	☐ Bassin	☐ Omoplate ☐ G ☐ D	☐ Cheville ☐ G ☐ D
☐ Orbites		☐ Hanche ☐ G ☐ D	☐ Épaule ☐ G ☐ D	☐ Pied ☐ G ☐ D
☐ Mastoïde		☐ Sacrum	☐ Humérus ☐ G ☐ D	☐ Talon ☐ G ☐ D
☐ A.T.M.		☐ Coccyx	☐ Coude ☐ G ☐ D	
		☐ Série scoliotique	☐ Avant-bras ☐ G ☐ D	☐ Mesures des membres inférieures
☐ Autre, préciser : _____			☐ Poignet ☐ G ☐ D	Orthodiagraphie
			☐ Main ☐ G ☐ D	

MAMMOGRAPHIE | DENSITOMÉTRIE – sans rendez-vous

☐ Diagnostique ② ☐ * Depistage ② ☐ Agrandissement (vues supplémentaires) ② ☐ G ☐ D	 ☐ Densitométrie osseuse ③ (inclus le profil de la colonne vertébrale dorso-lombaire) Date du dernier examen: AAAA / MM / JJ ☐ + Lipo
--	--

TRAITEMENT MUSCULO-SQUELETTIQUE – sur rendez-vous uniquement ④

TRAITEMENT MUSCULO-SQUELETTIQUE	FLUOROSCOPIE MUSCULO-SQUELETTIQUE
☐ Diagnostique par échographie et injection de cortisone, région : _____ ☐ Ponction ou aspiration de kyste, région : _____ ☐ Lavage au calcium, région : _____ ☐ Autre : _____	☐ Arthrographie et injection de cortisone, région : _____ ☐ Arthrographie distensive, région : _____ ☐ Répéter 3 fois si nécessaire ☐ Bloc(s) facettaire(s) lombaire(s), niveaux : _____

ÉCHOGRAPHIE – sur rendez-vous uniquement

ÉCHOGRAPHIES GÉNÉRALES	ÉCHOGRAPHIE MUSCULO-SQUELETTIQUES	ÉCHOGRAPHIE VASCULAIRES
☐ Abdominale ⑤ ☐ Bassin ⑤ ☐ Endovaginale ☐ Thyroïde ☐ Surface ☐ Prostate	☐ Sein ☐ Testicules ☐ Rénal ☐ Hanche ☐ G ☐ D ☐ Poignet ☐ G ☐ D ☐ Pied ☐ G ☐ D ☐ Main ☐ G ☐ D ☐ Coude ☐ G ☐ D ☐ Genou ☐ G ☐ D ☐ Épaule ☐ G ☐ D ☐ Cheville ☐ G ☐ D	☐ Doppler carotidien ☐ Doppler hépatique ☐ Doppler veineux (membre supérieur ou inférieur) ☐ Doppler artériel (membre supérieur ou inférieur) ☐ Doppler rénal, y compris l'abdomen ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRIQUES ☐ Examen obstétrical pelvien du premier trimestre (cœur du fœtus et datation) ⑦ ☐ Nombre de follicules

*** TOMODENSITOMÉTRIES – sur rendez-vous ⑧**

☐ Cerveau	☐ Abdomen	☐ Enteroscan	☐ Angioscan	☐ Colonne vertébrale, préciser : _____
☐ Sinus	☐ Bassin	☐ Canaux auditifs internes	☐ Coloscopie virtuelle	☐ Musculo-squelettique, préciser : _____
☐ Cou	☐ Thorax			☐ Autre : _____

Questionnaire important à remplir par le médecin et le patient.

Poids:		Grandeur :	
--------	--	------------	--

Oui	Non		Oui	Non	
☐	☐	Enceinte	☐	☐	Intervention chirurgicale (2 derniers mois) avec clips ou prothèse
☐	☐	Allaitement	☐	☐	Médicaments hypoglycémiants, liste _____
☐	☐	Avez-vous un cycle menstruel à chaque mois?	☐	☐	Autres médicaments, liste _____
☐	☐	Claustrophobie?	☐	☐	Insuffisance rénale
☐	☐	Diabétique? Si oui, quel type _____	☐	☐	Chimiothérapie
☐	☐	Stimulateur cardiaque, défibrillateur, stent, fragment d'électrode	☐	☐	Radiothérapie
☐	☐	Pompe à insuline implantée par voie sous-cutanée	☐	☐	Shunt ventriculaire métallique
☐	☐	Cathéter	☐	☐	Prothèse articulaire - site: _____
☐	☐	Clips pour anévrisme cérébral, aortique, cervical ou autre	☐	☐	Fracture traitée par tige, plaque, vis, clous - site: _____
☐	☐	Filtre « Birdnest » (« parapluie »)	☐	☐	Tringle(s) en cortile ou en harrington - site: _____
☐	☐	Implants cochléaires (oreille interne)	☐	☐	Clips, sutures ou filet métallique - site: _____
☐	☐	Implants oculaires magnétiques (ou fragment magnétique dans l'œil) Ⓢ	☐	☐	Shrapnel ou projectile d'arme à feu – site : _____
☐	☐	Implant pénien magnétique	☐	☐	Chirurgie antérieure avec du métal – date : _____
☐	☐	Allergies aux agents de contraste (iode, gadolinium)	☐	☐	Patch médicamenteux
☐	☐	Réactions antérieures aux agents de contraste : _____	☐	☐	Pansement médicamenteux (avec AG / Argent)
☐	☐	Toute autre allergie (latex, etc.): _____	☐	☐	Tatouage
☐	☐	Injection antérieure de produit de contraste (iode ou gadolinium) pour un scanner, un cathétérisme cardiaque, des calculs rénaux ou une IRM au cours des 48 dernières heures.	☐	☐	Prenez-vous des hormones, liste _____

J'ai rempli et examiné le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Les informations sont correctes et complètes, et je consens à l'examen.

Signature du patient

Signature du médecin

AAAA / MM / JJ

Date _____

Si vous êtes enceinte ou pensez l'être, veuillez en informer la technologue AVANT l'examen.

- ④ **Imagerie par résonance magnétique (IRM)** - Pour les IRM abdominales, pelviennes et mammaires, vous devez rester à jeun (sans manger ni boire) pendant quatre (4) heures avant l'examen. **REMARQUE : Tous les examens d'IRM sont des services non assurés par la RAMQ. Des frais s'appliquent.**
 - ⑤ **Traitement musculo-squelettique** - L'ordonnance pour le traitement musculo-squelettique sera envoyée à notre pharmacie, située dans notre bâtiment. Veuillez récupérer votre médicament et l'apporter lors de votre rendez-vous.
 - ⑥ **Échographie obstétricale pelvienne** - Pour le premier trimestre et le dépistage prénatal, buvez deux verres d'eau de 8 oz (480 ml au total) **1 heure avant l'examen et ne pas uriner.**
 - ⑦ **Mammographie** - N'utilisez pas de déodorant, de parfum, de poudre ou de lotion corporelle le jour de l'examen. Si votre mammographie précédente a été effectuée ailleurs, apportez les images (CD) et le rapport pour comparaison. **NOTE : Les mammographies de dépistage sont un service non assuré par la RAMQ dans notre clinique. Des frais s'appliquent.**
 - ⑧ **Échographie abdominale** - Restez à jeun (sans manger ni boire) pendant quatre à six (4 à 6) heures avant l'examen et ne mâchez pas de chewing-gum avant l'examen. **VOUS POUVEZ PRENDRE TOUS LES MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES, MAIS AVEC PEU D'EAU.**
 - ⑨ **Tomodensitométries (scan)** - **REMARQUE : Ces examens sont des services non assurés par la RAMQ. Des frais s'appliquent.**
 - ⑩ **Densitométrie osseuse** - Le patient ne doit pas avoir subi d'examen au baryum ou en médecine nucléaire dans les quatorze (14) jours précédant son rendez-vous avec nous. **NE PAS PRENDRE DE SUPPLÉMENTS DE CALCIUM OU DE VITAMINES DANS LES 24 HEURES PRÉCÉDANT LE JOUR DE L'EXAMEN.**
 - ⑪ **Échographie pelvienne** - Vous devez boire quatre verres d'eau de 8 oz (960 ml au total) 1 heure avant l'examen et **ne pas avoir uriné.**
 - ⑫ **Implant ou fragment oculaire** - Si vous n'êtes pas sûr d'avoir un implant oculaire ou un fragment dans l'œil, faites une radiographie de l'orbite avant l'examen.

Pour connaître les heures d'ouverture, veuillez consulter notre site web, car les horaires varient selon les départements.

IRM, scan, radiographie, échographie, mammographie, fluoroscopie, ostéodensitométrie

1538 rue Sherbrooke O, Suite 1010
Montréal, Québec H3G 1L5
T: 514-933-2778
F: 514-933-4728
C: rad@vmmed.com
www.vmmed.com

