VM MED

CAR Canadian Association of Radiologists

DEMANDE D EXAMEN EN IMAGERIE / IMAGING REQUISITION

PATIENT

Nom / Last name _____

Prenom / First name _____

Date de naissance / DOB AAAA / MM / JJ _____

No assurance maladie / Health ins. no. _____

Telephone (obligatoire) / Phone (required) _____

PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER

Nom / Name _____

No de permis / Permit no. _____

Telephone _____

Telecopieur / Fax _____

Signature _____

Date AAAA / MM / JJ _____

Courriel / Email _____

Timbre / Stamp

PRIORITE / PRIORITY ☐ Urgent ☐ Regulier / Routine **RAPPORT A / REPORT TO** ☐ Fax ☐ DME / EMR _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / CLINICAL INFORMATION - OBLIGATOIRE / MANDATORY

exige par la loi / required by law

Ce qui s est passe / What happened _____

Depuis quand / Since when _____

Trouvailles pertinentes (examen, labos, imagerie anterieure) / Relevant findings _____

Question a laquelle repondre / Question to answer _____

* TOMODENSITOMETRIE / CT SCAN

sur rendez-vous / by appointment

- ☐ Cerveau / Brain
- ☐ Cerveau + massif facial / Brain + facial bones
- ☐ Sinus / Sinus
- ☐ Massif facial / Facial bones
- ☐ Mastoides / Mastoids
- ☐ Cou / Neck
- ☐ Thorax / Chest
- ☐ Abdomen / Abdomen
- ☐ Abdomino-pelvien / Abdomen-pelvis
- ☐ Thorax-abdomen-pelvis / Chest-abdomen-pelvis
- ☐ Pyeloscan / Pyeloscan
- ☐ Uroscan / Uroscan
- ☐ Enteroscan / Enterography
- ☐ Colonne cervicale / Cervical spine
- ☐ Colonne lombaire / Lumbar spine
- ☐ Colonne 2 segments / Spine, 2 segments
- ☐ Angioscan tete et cou / CTA head and neck
- ☐ Angioscan cerveau / CTA brain
- ☐ Angioscan thoracique / CTA chest
- ☐ Angioscan abdominal / CTA abdomen

Contraste / Contrast : ◯ C- sans contraste / without contrast ◯ C+ avec contraste / with contrast *Protocole final : radiologiste / Final protocol: radiologist*

Musculo-squelettique / Musculoskeletal : ☐ Epaule/Shoulder ◯ G/L ◯ D/R ☐ Poignet/Wrist ◯ G/L ◯ D/R ☐ Cheville/Ankle ◯ G/L ◯ D/R ☐ Pied/Foot ◯ G/L ◯ D/R

☐ Autre, preciser / Other, specify : _____

* IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE / MRI

sur rendez-vous / by appointment

- ☐ Cerveau / Brain
- ☐ C.A.I. / I.A.C.
- ☐ Selle turcique / Sella turcica
- ☐ Sinus
- ☐ Orbites / Orbits
- ☐ Cou - tissus mous / Soft tissue neck
- ☐ Pharynx
- ☐ Plexus brachial / Brachial plexus
- ☐ Thorax
- ☐ Sein / Breast
- ☐ Abdomen (foie, rein / liver, kidney)
- ☐ CPRM / MRCP
- ☐ Pelvis (uterus, ovaires / ovaries)
- ☐ Pelvis (osseux / bony)
- ☐ Colonne cervicale / Cervical spine
- ☐ Colonne dorsale / Dorsal spine
- ☐ Colonne lombaire / Lumbar spine
- ☐ Angio - polygone de Willis / Circle of Willis
- ☐ Angio - cou (carotides) / Neck (carotid)
- ☐ Tissus mous / Soft tissue
- ☐ Biopsie guidee par IRM / MRI guided biopsy

☐ Arthro-IRM, preciser : / MRI arthrogram, specify : _____

☐ Musculo-squelettique, preciser : / Musculoskeletal, specify : _____

☐ Autre, preciser : / Other, specify : _____

ECHOGRAPHIE / ULTRASOUND

sur rendez-vous / by appointment

Generale / General

- ☐ Abdominale / Abdominal
- ☐ Pelvienne / Pelvic
- ☐ Endovaginale / Endovaginal
- ☐ Thyroide / Thyroid
- ☐ Surface
- ☐ Prostate
- ☐ Sein / Breast
- ☐ Testiculaire / Testicular
- ☐ Renale / Renal

Musculo-squelettique / MSK

- ☐ Hanche / Hip ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Poignet / Wrist ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Pied / Foot ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Main / Hand ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Coude / Elbow ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Genou / Knee ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Epaule / Shoulder ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Cheville / Ankle ◯ G/L ◯ D/R

Vasculaire / Vascular

- ☐ Doppler carotidien / Carotid
- ☐ Doppler hepatique / Hepatic
- ☐ Doppler renal / Renal
- ☐ Doppler veineux / Venous
- ☐ Doppler arteriel / Arterial

Obstetricale / Obstetrical

- ☐ 1er trimestre (coeur foetal, datatio
- ☐ Compte folliculaire / Follicular cou

VM MED

Canadian Association of Radiologists

DEMANDE D EXAMEN EN IMAGERIE / IMAGING REQUISITION

RADIOGRAPHIE / X-RAY

sans rendez-vous / walk-in

TETE | COU / HEAD | NECK

- ☐ Crane / Skull
- ☐ Os propres du nez / Nasal bones
- ☐ Massif facial / Facial bones
- ☐ Mandibule / Mandible
- ☐ Orbites / Orbits
- ☐ Mastoides / Mastoid
- ☐ A.T.M. / T.M.J.
- ☐ Cou - tissus mous / Neck soft tissue

THORAX | ABDOMEN

- ☐ Poumons / Chest
- ☐ Cotes / Ribs ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Sternum
- ☐ Abdomen (KUB)
- ☐ Serie abdominale / Abdominal series

COLONNE | BASSIN / SPINE | PELVIS

- ☐ Colonne cervicale / Cervical
- ☐ Colonne dorsale / Dorsal
- ☐ Colonne lombaire / Lumbar
- ☐ Sacro-iliaques / Sacroiliac
- ☐ Bassin / Pelvis
- ☐ Hanche / Hip ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Sacrum
- ☐ Coccyx
- ☐ Scoliose / Scoliosis

MEMBRE SUPERIEUR / UPPER LIMB

- ☐ Acromio-claviculaire / Acromioclavicul
- ☐ Sterno-claviculaire / Sternoclavicular
- ☐ Age osseux / Bone age
- ☐ Clavicule / Clavicle ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Omoplate / Scapula ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Epaule / Shoulder ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Humerus ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Coude / Elbow ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Avant-bras / Forearm ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Poignet / Wrist ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Main / Hand ◯ G/L ◯ D/R

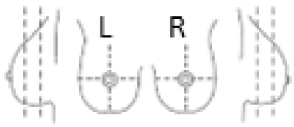
MEMBRE INFERIEUR / LOWER LIMB

- ☐ Femur ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Genou / Knee ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Jambe (tibia) / Leg ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Cheville / Ankle ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Pied / Foot ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Talon / Heel ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Mesure des membres / Limb measure

☐ Autre, preciser / Other, specify : _____

MAMMOGRAPHIE | DENSITOMETRIE | TRAITEMENT MSK / MAMMOGRAPHY | DENSITOMETRY | MSK

- ☐ Diagnostique / Diagnostic ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ * Depistage / Screening ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Agrandissement / Magnifi ◯ G/L ◯ D/R
- ☐ Densitometrie osseuse /



Indiquer le site / Mark the site

Traitement / Treatment

- ☐ Echo + cortisone / US + c _____
- ☐ Ponction de kyste / Cyst _____
- ☐ Lavage calcique / Calciu _____

Fluoroscopie / Fluoroscopy

- ☐ Arthro + cortisone / Arthro _____
- ☐ Arthro distensive / Distens _____
- ☐ Bloc facettaire L / Lumbar _____

QUESTIONNAIRE - IRM ET INJECTION GUIDEE / MRI AND GUIDED INJECTION QUESTIONNAIRE

prescripteur + patient

Poids / Weight _____ Taille / Height _____ Creatinine / DFGe _____ Date _____

	Oui Yes	Non No
Enceinte / Pregnant	◯	◯
Allaitement / Breast feeding	◯	◯
Menstruations regulieres ? / Menstruating every month?	◯	◯
Claustrophobie / Claustrophobic?	◯	◯
Diabete ? Type / Diabetic? Type _____	◯	◯
Stimulateur, defibrillateur, stent, fragment d electrode / Pacemaker, defibril	◯	◯
Pompe a insuline sous-cutanee / Subcutaneous insulin pump	◯	◯
Catheter / Catheter	◯	◯
Clips d anevrysme (cerebral, aortique, cou) / Aneurysm clips	◯	◯
Filtre VCI implante < 3 mois / IVC filter implanted < 3 months	◯	◯
Implant cochleaire / Cochlear implant	◯	◯
Implant ou fragment metallique oculaire / Ocular implant or fragment	◯	◯
Implant penien magnetique / Magnetic penile implant	◯	◯
Allergie aux produits de contraste (iode, gadolinium) / Allergy to contrast (i	◯	◯
Reaction anterieure au contraste / Prior reaction to contrast _____	◯	◯
Autres allergies (latex, etc.) / Other allergies _____	◯	◯
Contraste (iode ou gadolinium) dans les 48 h / Contrast in the last 48 h	◯	◯

	Oui Yes	Non No
Chirurgie recente (2 mois) avec clips ou prothese / Recent surgery with cli	◯	◯
Hypoglycemiants, lister / Hypoglycemic medications, list _____	◯	◯
Autres medicaments, lister / Other medications, list _____	◯	◯
Insuffisance renale / Renal failure	◯	◯
Chimiotherapie / Chemotherapy	◯	◯
Radiotherapie / Radiotherapy	◯	◯
Derivation ventriculaire metallique / Metallic ventricular shunt	◯	◯
Prothese articulaire - site / Joint prosthesis - site _____	◯	◯
Fracture traitee (tige, plaque, vis) - site / Rod, plate, screw - site _____	◯	◯
Tige de Cotrel ou Harrington - site / Cotrel or Harrington rod - site _____	◯	◯
Agrafes, sutures, treillis metallique - site / Clips, sutures, mesh - site _____	◯	◯
Eclats d obus ou projectile - site / Shrapnel or projectile - site _____	◯	◯
Chirurgie ancienne avec metal - date / Previous surgery with metal - date _____	◯	◯
Timbre medicamenteux / Medicated patch	◯	◯
Pansement avec argent (Ag) / Dressing with silver	◯	◯
Tatouage / Tattoo	◯	◯
Hormones, lister / Hormones, list _____	◯	◯

Metformine : suspendre 48 h apres l iode seulement si DFGe < 30, IRA ou etude arterielle. L allaitement peut se poursuivre apres le contraste (ACR 2026). / Metformin: hold 48h after iodinated contrast only if eGFR < 30, AKI or arterial study. Breastfeeding may continue after contrast (ACR 2026).

J ai revu ce questionnaire avec mon medecin. Les renseignements sont exacts et complets, et je consens a l examen. / I have reviewed this questionnaire with my physician. The information is correct and complete, and I consent to the exam.

Nom du patient (lettres moulees) / Patient name (print)	Signature du patient / Patient signature	Signature du prescripteur / Prescriber signature	AAAA / MM / JJ Date

PREPARATION DU PATIENT / PATIENT PREPARATION

- IRM abdominale, pelvienne, mammaire : a jeun 4 h. / Abdominal, pelvic or breast MRI: fast 4 h.
- Echographie abdominale : a jeun 4 a 6 h, sans gomme. / Abdominal ultrasound: fast 4 to 6 h, no gum.
- Echographie pelvienne : 960 ml d eau 1 h avant, ne pas uriner. / Pelvic ultrasound: 960 ml of water 1 h before, do not urinate.
- Mammographie : aucun deodorant, parfum, poudre ni lotion. / Mammography: no deodorant, perfume, powder or lotion.
- Densitometrie : aucun baryum ni medecine nucleaire 14 j avant; pas de calcium 24 h avant. / Densitometry: no barium or nuclear medicine 14 d before; no calcium 24 h before.
- Traitement MSK : prescription envoyee a la pharmacie de l immeuble; apporter le medicament. / MSK treatment: prescription sent to our building pharmacy; bring the medication.

Apporter cette demande, les images anterieures et la carte d assurance maladie. / Bring this requisition, previous images, and the health insurance card.