

REQUÉRANT

ADRESSE OU ESTAMPE
DU MÉDECIN TRAITANT

RAPPORT

Français Anglais

Signature du médecin traitant requise _____ Licence _____ Date _____

PATIENT

Nom : _____
D.D.N. : _____ / _____ / _____
Tél. : _____
Courriel : _____
 CNESST SAAQ Enceinte Oui Non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)

Tech. : _____ Nbre expo. : _____ Fluoro. : _____ Min. _____ Sec. _____

Les numéros indiquent que votre examen nécessite une préparation. Voir les instructions se rapportant au numéro au verso.

RADIOLOGIE GÉNÉRALE (sans rendez-vous)

POUMONS / THORAX / ABDOMEN

- Poumons D G
 Thorax
 Sternum
 Abdomen

EXAMENS SPÉCIAUX

- Série articulaire
 Série métastatique
 Autre ; spécifiez _____

TÊTE / COU

- Crâne
 Sinus
 Massif facial
 Max. inférieur
 Cavum
(tissus mous du cou)
 Nez
 Orbites
 Mastoïdes
 A.T.M.

COLONNE / BASSIN

- Cervicale
 Dorsale
 Lombo-sacrée
 Art. sacro-iliaques
 Bassin
 Hanche D G
 Sacrum
 Coccyx
 Série scoliotique

MEMBRES SUPÉRIEURS

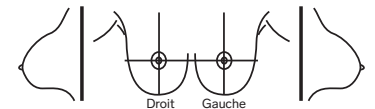
- Art. acromio-clav.
 Art. sterno-clav.
 Âge osseux
 Clavicule D G
 Omoplate D G
 Épaule D G
 Humérus D G
 Coude D G
 Avant-bras D G
 Poignet D G
 Main D G
 Doigt D G

MEMBRES INFÉRIEURS

- Fémur D G
 Genou D G
 Jambe D G
 Cheville D G
 Pied D G
 Orteil D G
spécifiez _____
 Orthodiagraphie
(mesure membres inf.)
spécifiez _____

MAMMOGRAPHIE / OSTÉODENSITOMÉTRIE (avec rendez-vous)

- Diagnostique (renseignements cliniques essentiels) ④ Dépistage 50 à 69 ans (PQDCS) ④
 Agrandissements / Clichés complémentaires ④ D G Dépistage 35 à 49 ans, 70 ans et plus ④
 Ostéodensitométrie ⑤ Date du dernier examen : AAAA / MM / JJ
(incluant colonne dorso-lombaire de profil)



FLUOROSCOPIE (avec rendez-vous)

DIGESTIVE

- Oesophage ①
 Lavement baryté ②
 Repas baryté D.C. ①
 Grêle ①
 Pharynx + œsophage (déglutition) ①

MUSCULOSQUELETTIQUE

- Arthrographie distensive ③ D G
 Arthrographie thérapeutique (infiltration) ③ D G Spécifiez _____
 Bloc facettaire ③ D G Niveau(x) _____

ÉCHOGRAPHIE (avec rendez-vous)

- Abdominale ⑥ Thyroïde Mammaire
 Abdominale et pelvienne ⑧ Cardiaque* Testicules
 Pelvienne trans-vésicale (et endo-vaginale si nécessaire) ⑦ A Surface Infiltration
 Transfontanelle Musculosquelettique ; spécifiez _____
 Médullaire

OBSTÉTRIQUE (avec rendez-vous)

- Obstétricale du 1^{er} trimestre (cœur fœtal et datation) ⑦ C
 Obstétricale 2^e trimestre ⑦
 Obstétricale 3^e trimestre ⑦
 Dépistage prénatal (clarté nucale) ⑦ B

DOPPLER (avec rendez-vous)

VEINEUX

- Recherche de thrombose (phlébite) D G
 Membres supérieurs Membres inférieurs
 Membres inférieurs, évaluation pour insuffisance veineuse D G

ARTÉRIEL

- Recherche d'anévrisme
 Membres supérieurs
 Membres inférieurs (incluant ITH)

AUTRES

- Carotidien
 Rénal

TOMODENSITOMÉTRIE (CT-Scan) ⑨ (avec rendez-vous)**

- Crâne Mastoïdes Dépistage de nodules pulmonaires Coloscopie virtuelle Angioscan Thorax
 Orbites Tissus mous du cou Abdomen Rachis _____ Abdominal
 C.A.I. Thorax Pelvien Ostéo-articulaire _____ Arthro-scan
 Sinus Score calcique Tissus adipeux viscéraux (TAV)
Créatinine ⑩ : Valeur de réf. : _____ Date : _____

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) ⑩ (avec rendez-vous)**

- Cérébrale Massif facial Thorax Colonne cervicale Musculosquelettique Angio-résonance
 C.A.I. A.T.M. Mammaire Colonne dorsale D G D G Cérébrale Abdominale
 Orbites Cou Abdominale Colonne lombaire Épaule Hanche Coude Genou Cholangio-résonance
 Plexus brachial Prostate Colonne complète Coude Genou Arthro-IRM
 Autre ; spécifiez _____ Créatinine ⑩ : Valeur de réf. : _____ Date : _____

* Des frais s'appliquent pour cet examen, car il est interprété par un cardiologue et non par un radiologue.

** Des frais s'appliquent pour ces examens.

Résonance magnétique (IRM) - Questionnaire important à remplir par le médecin et le patient

Nom : _____ Prénom : _____ D.D.N. : _____

Le patient est porteur de :

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Oui | Non | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte ; spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | implant(s) métallique(s) ou autre ; spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | prothèse(s) : auditive, oculaire, dentaire, capillaire, articulaire, autre ; spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture ou chirurgie ; spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | perçage(s) corporel(s) (<i>body piercing</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tatouage(s) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre(s) ; spécifiez _____ |

Le patient :

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | est claustrophobe (si oui, prévoir médication) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | est enceinte. Nb de semaines _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a des allergies ; spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | est atteint du glaucome |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique ; spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a déjà passé un examen de résonance magnétique (IRM) ; spécifiez _____ |

Poids du patient : _____ Taille du patient : _____

J'ai complété le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Je confirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen de résonance magnétique (IRM).

Date : _____ Signature du médecin traitant : _____ Signature du patient : _____

Apportez cette feuille le jour de l'examen et votre carte d'assurance-maladie. S.V.P. Vérifiez la date d'expiration de votre carte.
Si vous êtes ou croyez être enceinte, veuillez avertir le technologue AVANT votre examen.

S.V.P. SUIVRE LES INDICATIONS SUIVANTES - Pour les personnes de plus de 12 ans

1 OESOPHAGE - REPAS BARYTÉ et/ou GRÊLE

Aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après 20 h le soir précédant l'examen, mais l'eau est permise jusqu'à minuit. Pour les patients qui ont un rendez-vous en PM, aucun aliment solide ne doit être absorbé 8 heures avant l'examen. Ne pas fumer ou mâcher de la gomme. L'examen de l'intestin grêle peut durer de 30 minutes à 3 heures.

2 LAVEMENT BARYTÉ

Au moins deux jours avant l'examen, procurez-vous le produit « Pico-Salax – 2 sachets » à la pharmacie. Veuillez suivre la préparation qui se trouve sur notre site internet.*

3 INJECTION

Pour votre sécurité, il est nécessaire d'être accompagné par une personne qui conduit pour votre retour, pour les blocs foraminaux, épидурaux, blocs facettaires cervicaux seulement et injections au niveau des ischiens. **Le jour de l'injection, apporter CD de tout examen antérieur pertinent passé au cours des 6 derniers mois, incluant une copie des rapports.**

4 MAMMOGRAPHIE

Ne pas utiliser de poudre, désodorisant, parfum ou crème avant votre examen. Apportez les films et les rapports de votre mammographie antérieure faite ailleurs pour fin de comparaison.

5 OSTÉODENSITOMÉTRIE

Aucun examen avec baryum ou en médecine nucléaire ne doit avoir été subi au moins 14 jours avant votre rendez-vous. **NE PAS PRENDRE DE SUPPLÉMENTS DE CALCIUM OU VITAMINES 48 HEURES AVANT LE JOUR DE L'EXAMEN.**

6 ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

Si l'examen a lieu en matinée, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après minuit**. Si l'examen a lieu en après-midi, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé de 4 à 6 heures** avant l'examen et surtout, **ne pas manger de gras le matin de votre examen**. Ne mâchez pas de gomme, car ceci vous fera avaler de l'air et dégradera la qualité de l'examen.

(VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU)

7 ÉCHOGRAPHIE

7A - Échographie pelvienne : Vous devez vous assurer d'avoir la **VESSIE PLEINE** lors de votre arrivée au rendez-vous. **Avoir terminé de boire 4 verres de 8 onces (960 ml) d'eau** ou de jus 75 minutes avant l'examen et **ne pas uriner**.

7B - Dépistage prénatal (clarté nucale) : aucune préparation nécessaire, **ne pas uriner** avant l'examen.

7C - Échographie obstétricale : Pour le 1er trimestre et 18-20 semaines : boire 2 verres de 8 onces d'eau ou de jus, 1 h avant l'examen et **ne pas uriner**. Pour 21 semaines et plus : boire 1 verre d'eau de 8 onces d'eau ou de jus, 1 h avant l'examen et **ne pas uriner**.

8 ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

Si l'examen a lieu en matinée, aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après minuit. Ne mâchez pas de gomme. Avoir terminé de boire 4 verres de 8 onces (960 ml) d'eau ou de jus 75 minutes avant l'examen et ne pas uriner. Vous devez vous assurer d'avoir la vessie pleine lors de votre arrivée au rendez-vous. Si l'examen a lieu en après-midi, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé de 4 à 6 heures** avant l'examen.

Ne pas manger de gras le jour de l'examen. Ne mâchez pas de gomme. Avoir terminé de boire 4 verres de 8 onces (960 ml) d'eau ou de jus 75 minutes avant l'examen et ne pas uriner. Vous devez vous assurer d'avoir la vessie pleine lors de votre arrivée au rendez-vous.

(VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU)

9 TOMODENSITOMÉTRIE (CT-Scan)

À jeun depuis au moins 4 heures (à moins d'avoir des contre-indications). Apporter les clichés d'examen radiologiques antérieurs pertinents (e.g. crâne, colonne, pyléographie, région ostéo-articulaire, etc.). **Scan avec injection de contraste : veuillez indiquer si le patient est à risque d'insuffisance rénale (âge, diabète, etc.) Créatinine : Valeur de réf. _____**
Date : _____

COLOSCOPIE VIRTUELLE : Veuillez suivre la préparation qui se trouve sur notre site internet.*

10 RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Apporter CD de tout examen antérieur pertinent, passé au cours de la dernière année, incluant une copie des rapports. **Pour les examens abdomen, cholangio-résonance, entéro-IRM et pelvienne, il faut être à jeun (boire et manger) 6 heures avant votre examen.**

11 CRÉATININE

Le test de la clairance de la créatinine est offert sur place la journée même. Des frais s'appliqueront.

VOUS POUVEZ PRENDRE VOS MÉDICAMENTS AVEC UN MINIMUM D'EAU, JUSQU'À 2 HEURES AVANT VOTRE EXAMEN.

* Vous pourrez retrouver la préparation spécifique à votre examen sur notre site internet : biron.com/fr/imagerie-medicale.

OÙ NOUS TROUVER

GRANBY

Radiologie Granby
66, rue court, bureau 100
J2G 4Y5

LAVAL - LAURENTIDES

Radiologie Blainville
519, boul. Curé-Labelle
J7C 2H6

Radiologie Chomedey
610, boul. Curé-Labelle
H7V 2T7

Radiologie Sainte-Dorothée
3, boul. Samson, bureau A
H7X 3S5

Radiologie Saint-Eustache

75, rue Grignon, bureau 18
J7P 4J2

Radiologie Sainte-Thérèse

233, rue Turgeon, bureau 104
J7E 3J8

MONTRÉAL

Radiologie Cabrini
5700, rue Saint-Zotique Est, bureau 101
H1T 3Y7

Radiologie Montréal-Nord
5632, boul. Henri-Bourassa Est
H1G 2T2

Radiologie Laënnec

1100, avenue Beaumont, bureau 104
H3P 3H5

Radiologie Saint-Laurent

1605 boul. Marcel-Laurin, bureau 290
H4R 0B7

MONTÉRÉGIE

Radiologie Boucherville
600, Fort St-Louis, bureau 202
J4B 1S7

Radiologie Brossard
2340, boul Lapinière, bureau A
J4Z 2K7

Radiologie Châteauguay

230, boulevard Brisebois, bureau 201
J6K 4W8

Radiologie DIX30 (partenariat)

9090, boul. Leduc, bureau 190
J4Y 0E2

TROIS-RIVIÈRES

Radiologie des Récollets
1900, boul. des Récollets, bureau 185
G8Z 4K4
T 819 373-1603 F 819 373-1604

Télécopieur : 514 738-1883
imagixmedical.com