

INFORMATIONS PATIENT • PATIENT INFORMATION

Nom / Name: _____
Date de naissance / Date of birth: _____
Téléphone / Phone: _____
Courriel / Email: _____
RAMQ: _____

- Rapport en français English report
 CNESST SAAQ Compagnie / Cie

INFORMATIONS MÉDECIN TRAITANT • PHYSICIAN INFORMATION

Nom / Name: _____
Adresse / Address: _____
Téléphone / Telephone: _____
Télécopieur / Fax: _____

Signature

Licence / License

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (IMPORTANT) • CLINICAL INFORMATION (IMPORTANT)

FLUOROSCOPIE* (avec rendez-vous) • FLUOROSCOPY* (with appointment)

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> ARTHROGRAPHIE THÉRAPEUTIQUE (CORTISONE) ⑤ / THERAPEUTIC ARTHROGRAM (CORTISONE) ⑤
RÉGION/REGION: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ARTHROGRAPHIE AVEC INJECTION DE VISCOSUPPLÉMENT (SYNVISC, DUROLANE, ETC.) / ARTHROGRAM WITH VISCOPPLEMENT (SYNVISC, DUROLANE, ETC.)
<small>SYNVISC ET DUROLANE SONT VENDUS DIRECTEMENT DANS LES CLINIQUES MEDVUE / SYNVISC AND DUROLANE ARE SOLD DIRECTLY IN MEDVUE CLINICS.</small>
RÉGION/REGION: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> BLOC FACETTAIRE ⑤ / FACET BLOCK ⑤
<input type="checkbox"/> DROITE / RIGHT <input type="checkbox"/> GAUCHE / LEFT NIVEAU(X) / LEVEL(S): _____</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPIDURALE FORAMINALE LOMBAIRE ⑤ / LOMBAR FORAMINAL EPIDURAL ⑤
NIVEAU(X) / LEVEL(S): _____</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPIDURALE INTERLAMAIRE ⑤ / INTERLAMINAR EPIDURAL ⑤
NIVEAU(X) / LEVEL(S): _____</p> |
|---|---|

ÉCHOGRAPHIE* (avec rendez-vous) • ULTRASOUND* (with appointment)

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> ABDOMINALE ① / ABDOMINAL ①</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMINALE ET PELVIENNE ③ / ABDOMINAL AND PELVIC ③</p> <p><input type="checkbox"/> PELVIENNE TRANS-VÉSICALE (ET ENDO-VAGINALE SI NÉCESSAIRE) ② / TRANSVESICAL PELVIC (AND ENDOVAGINAL IF NECESSARY) ②</p> <p><input type="checkbox"/> THYROÏDE / THYROID</p> <p><input type="checkbox"/> TESTICULES / TESTICULAR</p> <p><input type="checkbox"/> SURFACE: _____</p> <p><input type="checkbox"/> MUSCULOSQUELETTIQUE / MUSCULOSKELETAL: _____</p> <p><input type="checkbox"/> INFILTRATION / INJECTION:
RÉGION/REGION: _____</p> <p><input type="checkbox"/> LAVAGE CALCIQUE/CALCIUM LAVAGE
RÉGION/REGION: _____</p> <p><input type="checkbox"/> FENESTRATION TENDINEUSE / TENDON FENESTRATION _____</p> | <p><input type="checkbox"/> ÉCHOGRAPHIE-DOPPLER / DOPPLER ULTRASOUND</p> <p><input type="checkbox"/> RECHERCHE DE THROMBOSE (PHLÉBITE) / DETECTION OF THROMBOSIS (PHLEBITIS)</p> <p><input type="checkbox"/> CERVICO-ENCÉPHALIQUE (CAROTIDIEN) / CERVICO-ENCEPHALIC (CAROTID)</p> <p><input type="checkbox"/> ÉCHO-DOPPLER ARTÉRIEL / DOPPLER ARTERIAL</p> <p><input type="checkbox"/> MEMBRES INFÉRIEURS (INCLUANT ITH) / LOWER EXTREMITY (INCL. ITH)</p> <p><input type="checkbox"/> MEMBRES SUPÉRIEURS / UPPER EXTREMITY</p> <p><input type="checkbox"/> INDICE TIBIO-HUMÉRAL (ITH) / TIBIO HUMERAL INDEX</p> <p><input type="checkbox"/> RECHERCHE DE DÉFILÉ THORACIQUE / SEARCH FOR THORACIC OUTLET SYNDROME</p> <p><input type="checkbox"/> INJECTION DE PLASMA RICHE EN PLAQUETTES (PRP) / PLATELET RICH PLASMA (PRP) INJECTION</p> <p><input type="checkbox"/> TENDINOPATHIE / TENDINOPATHY: _____</p> <p><input type="checkbox"/> INTRA-ARTICULAIRE / INTRA-ARTICULAR: _____</p> <p><input type="checkbox"/> SPINALE (ARTHROSE FACETTAIRES) / SPINAL FACET ARTHRITIS: _____</p> |
|--|--|

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)* (avec rendez-vous) ④ • MAGNETIC RESONANCE (MRI)* (with appointment) ④

- | | | |
|---|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> CERVEAU / BRAIN</p> <p><input type="checkbox"/> C.A.I. / I.A.C</p> <p><input type="checkbox"/> ORBITES / ORBITS</p> <p><input type="checkbox"/> MASSIF FACIAL / FACIAL BONES</p> <p><input type="checkbox"/> A.T.M. / T.M.J</p> <p><input type="checkbox"/> COU / NECK</p> <p><input type="checkbox"/> PLEXUS BRACHIAL / BRACHIAL PLEXUS</p> <p><input type="checkbox"/> THORAX / THORAX</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMEN / ABDOMEN</p> <p><input type="checkbox"/> CHOLANGIO-RÉSONNANCE / MR CHOLANGIOGRAPHY</p> <p><input type="checkbox"/> PEVIEN / PELVIC</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE / OTHER: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> COLONNE CERVICALE / CERVICAL SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> COLONNE DORSALE / THORACIC SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> COLONNE LOMBAIRE / LUMBAR SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> COLONNE COMPLÈTE / TOTAL SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPAULE / SHOULDER <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> G/L</p> <p><input type="checkbox"/> COUDE / ELBOW <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> G/L</p> <p><input type="checkbox"/> POIGNET / WRIST <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> G/L</p> <p><input type="checkbox"/> HANCHE / HIP <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> G/L</p> <p><input type="checkbox"/> GENOU / KNEE <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> G/L</p> <p><input type="checkbox"/> CHEVILLE / ANKLE <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> G/L</p> | <p><input type="checkbox"/> ARTHRO-RÉSONNANCE / MR ARTHROGRAM</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIAQUE / CARDIAC</p> <p><input type="checkbox"/> ANGIO-RÉSONNANCE / MR-ANGIOGRAPHY</p> <p><input type="checkbox"/> CÉRÉBRALE / CEREBRAL</p> <p><input type="checkbox"/> CAROTIDIEN / CAROTID</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMINALE / ABDOMINAL</p> |
|---|---|--|

Le patient devra apporter les examens radiologiques antérieurs pertinents (IRM, scan, Rx simples, etc.) • The patient must bring any related previous exams (CT-Scan, MRI, X-rays, etc.)

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) - QUESTIONNAIRE IMPORTANT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET LE PATIENT
MAGNETIC RESONANCE (MRI) - IMPORTANT QUESTIONNAIRE TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN AND THE PATIENT

QUESTIONNAIRE (FRANÇAIS)

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

Le patient est porteur de : Oui Non

stimulateur cardiaque (*pacemaker*)
 clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte ;
spécifiez _____

implant(s) métallique(s) ou autre ;
spécifiez _____

prothèse(s) : auditive, oculaire, dentaire, capillaire,
articulaire, autre ; spécifiez _____

tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture
ou chirurgie ; spécifiez _____

perçage(s) corporel(s)
 tatouage(s)
 faux cils magnétiques
 autre(s) ; spécifiez _____

Le patient : a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines.
 est claustrophobe (si oui, prévoir médication).
 est enceinte. Nb de semaines _____
 a des allergies ; spécifiez _____
 est atteint du glaucome
 a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique ;
spécifiez _____
 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).

Signature du médecin : _____ Signature du patient : _____

Date : _____

QUESTIONNAIRE (ENGLISH)

Last name: _____ First name: _____ D.O.B. _____

The patient has: Yes No

a cardiac pacemaker
 cerebral, neck, or aorta metallic clip(s);
specify _____

metallic implant(s) or other devices;
specify _____

prosthesis(-es): auditory, ocular, dental, capillary, joint,
or other; specify _____

rod(s), plate(s), nail(s), screw(s), as a result of a fracture
or surgery; specify _____

body piercing
 tattoo(s)
 magnetic false eyelashes
 other(s); specify _____

The patient: has had surgery within the last 12 weeks.
 is claustrophobic (if yes, plan medication).
 is pregnant. No. of weeks _____
 has allergies; specify _____
 has glaucoma
 has had a prior eye injury involving a metallic foreign body;
specify _____
 has already had an MRI;
specify _____

Patient's weight: _____ Patient's height: _____

I have completed the above questionnaire with my physician. I confirm that the information provided is accurate and I agree to undergo the magnetic resonance imaging (MRI) examination.

Physician's signature: _____ Patient's signature: _____

Date: _____

S.V.P. SUIVRE LES INSTRUCTIONS SUIVANTES - Pour les personnes de plus de 12 ans • PREPARATION INSTRUCTIONS - For patients over 12 years old

1 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)**

2 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.

3 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)**

4 RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Pour les examens Abdomen, Cholangio-résonance et Pelvienne, il faut être à jeun (boire et manger) 6 heures avant votre examen.

5 INJECTION

Pour votre sécurité, il est nécessaire d'être accompagné par une personne qui conduit pour votre retour, pour les blocs foraminaux, épiduraux, blocs facetiaires cervicaux seulement et injections au niveau des ischiens.

1 ABDOMINAL ULTRASOUND

If you have a morning appointment, **you must not have any solid or liquid food after midnight**. If you have an afternoon appointment, **you must not have any solid or liquid food during the 4 to 6 hours before the test**. Most importantly, **do not eat anything fatty on the morning of your exam**. Also, do not chew gum as this will cause you to inhale air and will result in a poorer quality test. **(YOU CAN TAKE YOUR MEDICATION, BUT WITH AS LITTLE WATER AS POSSIBLE.)**

2 PELVIC ULTRASOUND:

Be sure to have a FULL BLADDER when you arrive for your appointment. You must have finished drinking 4 glasses of 8 ounces (960ml) of water or juice 75 minutes before your examination and you must not urinate.

3 ABDOMINAL AND PELVIC ULTRASOUND

If you have a morning appointment, **you must not have any solid or liquid food after midnight**. Do not chew gum. You must have finished drinking 4 glasses of 8 ounces (960ml) of water or juice 75 minutes before the test and must not urinate. Make sure you have a full bladder when you arrive for your appointment. If you have an afternoon appointment, **you must not have any solid or liquid food during the 4 to 6 hours before the test**. Do not eat anything fatty on the day of the test. Do not chew gum. You must have finished drinking 4 glasses of 8 ounces (960ml) of water or juice 75 minutes before the test and must not urinate. **Make sure you have a full bladder when you arrive for your appointment. (YOU CAN TAKE YOUR MEDICATION, BUT WITH AS LITTLE WATER AS POSSIBLE.)**

4 MAGNETIC RESONANCE (MRI)

Bring the results (on CD) of any examinations you have undergone in the past 12 months, including a copy of the report. **For Abdominal and Pelvic exams and Magnetic Resonance Cholangiography, the patient must be fasting (no food and drink) for 6 hours before the exam.**

5 INJECTION

For your safety, you must be accompanied by someone who will drive you back after getting epidural blocks, foramina blocks or cervical facet blocks and infiltrations at the level of the ischia.

J'ai revu avec mon médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en résonance magnétique.
I have reviewed the above questionnaire with my physician and I consent to the magnetic resonance examination.

COORDONNÉES DES CLINIQUES • CLINIC CONTACT INFORMATION

MEDVUE CONCORDE (LAVAL)
300, boul. Concorde Est
Laval (Québec) H7G 2E6

MEDVUE CARREFOUR (LAVAL)
3030, boul. Le Carrefour, bureau 503
Laval (Québec) H7T 2P5

MEDVUE ANJOU (MONTRÉAL-EST)
7999, boul. des Galeries d'Anjou, porte 7
Montréal (Québec) H1M 1W9

MEDVUE MATTE (MONTÉRÉGIE)
4105-F, boulevard Matte
Brossard (Québec) J4Y 2P4