



POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS / TO BOOK AN APPOINTMENT

medvue.ca

Téléphone / Phone : 514 341-5253
Sans frais / Toll-free : 1 866 668-7376

Courriel / Email : info@medvue.ca
Télécopieur / Fax : 514 341-9816

INFORMATIONS PATIENT • PATIENT INFORMATION

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

- ☐ **Rapport en français** ☐ **English report**
☐ CNESS ☐ 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)

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

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

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

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

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

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 (<i>pacemaker</i>)
☐	☐	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 facettaires 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, foraminal 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

MEDVUE BOISBRIAND (LAURENTIDES)
2000 Cr Le Corbusier, Local 104
Boisbriand (Québec) J7G 3E8