

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 INDICATIONS SE RAPPORTANT AU NUMÉRO AU VERSO.

RADIOLOGIE GÉNÉRALE (sans rendez-vous)

POUMONS – THORAX – ABDOMEN

- Poumons
 Thorax D G
 Sternum
 Abdomen

EXAMENS SPÉCIAUX

- Série articulaire
 Série métastatique
 Autre : _____

TÊTE ET COU

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

COLONNE ET 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 (précisez) : _____

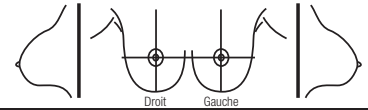
MEMBRES INFÉRIEURS

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

MAMMOGRAPHIE / OSTÉODENSITOMÉTRIE (avec rendez-vous)

- Diagnostique (renseignements cliniques essentiels) ④
 Agrandissements / Clichés complémentaires ④ D G
 Ostéodensitométrie ⑤ Date du dernier examen : AAAA / MM / JJ
(incluant colonne dorso-lombaire de profil)

- Dépistage 50 à 69 ans (PQDCS) ④
 Dépistage 35 à 49 ans, 70 ans et plus ④



FLUOROSCOPIE (avec rendez-vous)

DIGESTIVE

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

MUSCULOSQUELETTIQUE

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

ÉCHOGRAPHIE (avec rendez-vous)

- Abdominale ⑥
 Abdominale et pelvienne ⑥
 Pelvienne trans-vésicale (et endo-vaginale si nécessaire) ⑦ A
 Transfontanelle
 Médullaire

- Thyroïde
 Cardiaque*
 Surface
 Musculosquelettique: _____

- Mammaire
 Testicules
 Infiltration

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

ÉCHO-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 (scan) ⑨ (avec rendez-vous)***

- Crâne
 Orbites
 C.A.I.
 Sinus
 Mastoïdes
 Tissus mous du cou
 Thorax
 Score calcique
 Dépistage de nodules pulmonaires
 Abdomen
 Pelvien
 Tissus adipeux viscéraux (TAV)

- Coloscopie virtuelle
 Rachis _____
 Ostéo-articulaire _____

- Angioscan Thorax
 Abdominal
 Arthro-scan

Créatinine ⑩ : Valeur de réf. : _____ Date : _____

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

- Cérébrale
 C.A.I.
 Orbites
 Massif facial
 A.T.M.
 Cou
 Plexus brachial
 Thorax
 Mammaire
 Abdominale
 Prostate
 Colonne cervicale
 Colonne dorsale
 Colonne lombaire
 Colonne complète

- Musculosquelettique
Épaule D G
Coude D G
Hanche D G
Genou D G
 Angio-résonance
 Cérébrale Abdominale
 Cholangio-résonance
 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 peuvent s'appliquer si l'examen est interprété par un professionnel de la santé autre qu'un radiologue.

*** Des frais s'appliquent pour ces examens.

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

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

Le patient est porteur de : Oui Non

stimulateur cardiaque (pacemaker)

clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte ; précisez _____

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

prothèse(s) : Auditive, oculaire, dentaire, capillaire, articulaire, autre; précisez _____

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

perçage(s) corporel(s) (body piercing)

tatouage(s)

Autre(s) ; veuillez préciser _____

Le patient : a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines.

est claustrophobe (si oui, prévoir médication).

est enceinte. Nb de semaine _____

a des allergies; précisez _____

fait du glaucome.

a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique; précisez _____

a déjà passé un examen de résonance magnétique; précisez _____

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.

Date : _____ Signature du médecin : _____ 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 ARTHROGRAPHIE THÉRAPEUTIQUE (infiltration)

Le jour de l'infiltration, apporter CD / films de tout examen antérieur pertinent passé au cours des 6 derniers mois, incluant une copie des rapports. **Blocs foraminaux lombaires : pour votre sécurité, veuillez être accompagné d'une personne qui conduit pour votre retour.**

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

⑦ A - Échographie pelvienne : Vous devez vous assurer d'avoir la **VESSIE PLEINE** lors de votre arrivée au rendez-vous. **Avoir terminé de boire** 3 verres de 8 onces (750 ml) d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et **ne pas uriner.**

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

⑦ C - 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 3 verres de 8 onces d'eau ou de jus 60 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 3 verres de 8 onces d'eau ou de jus 60 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 (scan)

À jeun depuis au moins 4 heures (à moins d'avis contraire). 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

Apporter CD ROM et / ou films 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.

*Les préparations pour les examens sont disponibles sur imagixmedical.com/preparation

OÙ NOUS TROUVER

GRANBY

Radiologie Granby
66, rue court, bur. 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, suite 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, local A
J4Z 2K7

Radiologie Châteauguay
230, boulevard Brisebois, local 201
J6K 4W8

Radiologie DIX30 (partenariat)
9090, boul. Leduc, bureau 190
J4Y 0E2

TROIS-RIVIÈRES

Radiologie des Récollets
1900, boul. des Récollets, suite 185
G8Z 4K4

T 819 373-1603 F 819 373-1604

Télécopieur : 514 738-1883
imagixmedical.com