

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.

RADIOGRAPHIE (sans rendez-vous)

POUMONS / THORAX / ABDOMEN

- Poumons
 Thorax D G
 Sternum
 Abdomen

EXAMENS SPÉCIAUX

- Série articulaire
 Série métastatique
 Autre ; précisez _____

TÊTE / COU

- Crâne
 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

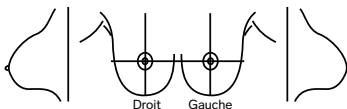
- Art. acromio-clav.
 Art. sterno-clav.
 Âge osseux
 Clavicule D G
 Omoplate D G
 Épaule D G
 Humérus D G
 Coude D G
 Avant-bras D G
 Poignet D G
 Main D G
 Doigt D G

MEMBRES INFÉRIEURS

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

MAMMOGRAPHIE / OSTÉODENSITOMÉTRIE / HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE (avec rendez-vous)

- Diagnostique (renseignements cliniques essentiels) ④
 Agrandissements / clichés complémentaires ④ D G
 Dépistage 50 à 69 ans (PQDCS) ④
 Dépistage 35 à 49 ans, 70 ans et plus ④



- Ostéodensitométrie ⑤
 (incluant colonne dorso-lombaire de profil)
 Date du dernier examen : AAAA / MM / JJ
 Hystérosalpingographie

RADIOLOGIE DIGESTIVE (avec rendez-vous)

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

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT MUSCULOSQUELETTIQUES (avec rendez-vous)

ÉCHOGRAPHIE MUSCULOSQUELETTIQUE

- Échographie diagnostique seulement - Région : _____
 Échographie diagnostique et injection de cortisone - Région : _____
 Injection de cortisone* - Région : _____
 Ponction ou aspiration de kyste - Région : _____
 Lavage calcique - Région : _____
 Autre : _____

* Sera fait sous échographie ou fluoroscopie selon la meilleure disponibilité

FLUOROSCOPIE MUSCULOSQUELETTIQUE

- Arthrographie et injection de cortisone - Région : _____
 Arthrographie et injection de viscosupplément* - Région : _____
 Arthrographie distensive de l'épaule Droite Gauche
 Répéter X 3 au besoin
 Bursographie - Région : _____
 Bloc(s) facettaire(s) ⑤ - Niveau(x) : _____

* Patient doit apporter son médicament

ÉCHOGRAPHIE (avec rendez-vous)

- Abdominale ⑥ Thyroïde
 Pelvienne trans-vésicale (et endo-vaginale si nécessaire) ⑦ A Cardiaque*
 Médullaire Surface
 Mammaire Testicules

OBSTÉTRIQUE (avec rendez-vous)

- Pelvienne obstétricale du 1^{er} trimestre (cœur fœtal et datation) ⑦ C
 Dépistage prénatal (clarté nucale)*** ⑦ C
 Pelvienne obstétricale du 3^e trimestre (26 à 40 semaines)*** ⑦ B

DOPPLER (avec rendez-vous)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| VEINEUX | ARTÉRIEL | AUTRES |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur (recherche de thrombose (phlébite)) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Recherche anévrisme <input type="checkbox"/> ITH**** | <input type="checkbox"/> Carotidien |
| <input type="checkbox"/> Membres inférieur (recherche de thrombose (phlébite)) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Membres supérieurs**** <input type="checkbox"/> Recherche de défilé thoracique**** | <input type="checkbox"/> Rénal |
| <input type="checkbox"/> Membres inférieurs (évaluation insuffisance veineuse)**** <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Membres inférieurs (incluant ITH)**** | |

TOMODENSITOMÉTRIE (CT-Scan) ⑧ (avec rendez-vous)**

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Bloc nerf pudendal (honteux), piriforme |
| <input type="checkbox"/> C.A.I. | <input type="checkbox"/> Score calcique ⑨ A | <input type="checkbox"/> Pelvien | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | <input type="checkbox"/> Bloc foraminaux ⑩ : <input type="checkbox"/> 1 racine <input type="checkbox"/> 2 racines |
| <input type="checkbox"/> Orbites | <input type="checkbox"/> Poumons dépistage de nodules pulmonaires | <input type="checkbox"/> Entérosacan | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire | <input type="checkbox"/> Angioscan <input type="checkbox"/> Thorax |
| <input type="checkbox"/> Sinus | | <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle | <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire _____ | <input type="checkbox"/> Abdominal |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes | | | <input type="checkbox"/> Arthro-scan _____ | <input type="checkbox"/> Carotide |
| <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre ; précisez _____ | | | Créatinine ⑩ : Valeur de réf. : _____ | Date : _____ |

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) ⑨ (avec rendez-vous)**

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale | <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> D G | <input type="checkbox"/> Angio-résonance |
| <input type="checkbox"/> C.A.I. | <input type="checkbox"/> A.T.M. | <input type="checkbox"/> Abdominale | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | Épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Hanche <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Abdominale |
| <input type="checkbox"/> Orbites | <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Cholangio-résonance | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire | Coude <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Genou <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Arthro-IRM _____ |
| | <input type="checkbox"/> Plexus brachial | <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> Colonne complète | Poignet <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Cheville <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | |
| <input type="checkbox"/> Autre ; précisez _____ | | | | | | |

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

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

Le patient est porteur de :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	clip(s) métallique(s) cérébral(aux), cou, aorte ; précisez _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	implant(s) métallique(s) ou autre ; autre(s) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse(s) : auditive, oculaire, dentaire, capillaire, articulaire, autre ; précisez _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture ou chirurgie ; précisez _____
<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"/>	faux cils magnétiques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre(s) ; précisez _____

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 ; précisez _____
<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 ; précisez _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a déjà passé un examen de résonance magnétique (IRM) ; 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 (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

Pour les enfants de 12 ans et moins : Veuillez suivre la préparation qui se trouve sur notre site internet : imagix.biron.com/fr

1 CŒSOPHAGE – 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 après-midi, 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, épiduraux, blocs facettaires cervicaux seulement et injections au niveau des ischiens. Le jour de l'injection, apporter le 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.

6 A - Échographie abdominale et pelvienne

- Être à jeun 4 à 6 heures avant l'examen.
- Ne pas mâcher de gomme.
- Avoir terminé de boire 4 verres d'eau de 8 onces (960 ml) 75 minutes avant l'examen et ne pas uriner.

7 ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

7 A - 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.

7 B - Échographie pelvienne obstétricale du 3e trimestre : aucune préparation nécessaire, **ne pas uriner** avant l'examen.

7 C - Échographie pelvienne obstétricale : Pour le 1^{er} trimestre et Dépistage prénatal (clarté nucale) : boire 2 verres de 8 onces d'eau ou de jus, 1 h avant l'examen et **ne pas uriner**.

8 TOMODENSITOMÉTRIE (CT-Scan)

Repas léger permis (rôties confiture, céréales ou soupe) avant tous types de scan. 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.*

8 A - Score calcique : Ne pas faire d'exercice et ne pas consommer de caféine 4 heures avant l'examen.

9 RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Pour les examens abdomen, cholangio-résonance, entéro-IRM et pelvienne, **il faut être à jeun** (boire et manger) **6 heures avant votre examen**.

10 CRÉATININE

Le test de la clairance de la créatinine est offert sur place la journée même.

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 : imagix.biron.com/fr

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 440

4650, Desserte Sud, Autoroute 440, bureau
135 H7T 2Z8

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, boul. 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 | imagix.biron.com