Imagix B

SITE WEB
imagix.biron.com/fr
RÉGION DE MONTRÉAL
514 866-6622
TROIS-RIVIÈRES
819 373-1603
SANS FRAIS
1 866 916-6622

REQUÉRANT

ADRESSE OU ESTAMPE
DU MÉDECIN TRAITANT

Signature du médecin traitant requise _____ Licence _____ Date _____

RAPPORT
❑ Français ❑ Anglais

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.

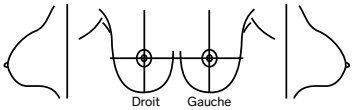
COLONNE / BASSIN
❑ Cervicale
❑ Dorsale
❑ Lombo-sacrée
❑ Art. sacro-iliaques
❑ Bassin
❑ Hanche ❑ D ❑ G
❑ Sacrum
❑ Coccyx
❑ Série scoliotique

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 (avec rendez-vous)

❑ Diagnostique (renseignements cliniques essentiels) ❸
❑ Agrandissements / clichés complémentaires ❸ ❑ D ❑ G
❑ Dépistage 50 à 74 ans (PQDCS) ❸
❑ Dépistage 35 à 49 ans, 75 ans et plus ❸



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

RADIOLOGIE DIGESTIVE (avec rendez-vous)

❑ Œsophage ❶ ❑ Pharynx + œsophage (déglutition) ❶

ÉCHOGRAPHIE ET FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT MUSCULOSQUELETTIQUES (avec rendez-vous)

ÉCHOGRAPHIE MUSCULOSQUELETTIQUE
❑ Échographie diagnostique seulement - Région : _____
❑ Échographie diagnostique et injection de cortisone - Région : _____
❑ Ponction ou aspiration de kyste - Région : _____
❑ Lavage calcique - Région : _____
❑ Autre : _____

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) ❷ - Niveau(x) : _____

* Patient doit apporter son médicament

ÉCHOGRAPHIE (avec rendez-vous)

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

OBSTÉTRIQUE (avec rendez-vous)

❑ Pelvienne obstétricale du 1er trimestre (cœur fœtal et datation) ❻ **C**
❑ Dépistage prénatal (clarté nucale)*** ❻ **C**
❑ Pelvienne obstéricale du 3e trimestre (26 à 40 semaines)*** ❻ **B**

DOPPLER (avec rendez-vous)

VEINEUX
❑ Membre supérieur (recherche de thrombose (phlébite)) ❑ D ❑ G
❑ Membres inférieur (recherche de thrombose (phlébite)) ❑ D ❑ G
❑ Membres inférieurs (évaluation insuffisance veineuse)**** ❑ D ❑ G

ARTÉRIEL
❑ Recherche anévrisme
❑ Membres supérieurs****
❑ Membres inférieurs (incluant ITH)****
❑ ITH****
❑ Recherche de défilé thoracique****

AUTRES
❑ Carotidien
❑ Rénal

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

❑ Cérébrale
❑ C.A.I
❑ Orbites
❑ Sinus
❑ Mastoïdes
❑ Tissus mous du cou
❑ Autre ; précisez _____

❑ Thorax
❑ Score calcique ❼**A**
❑ Poumons dépistage de nodules pulmonaires

❑ Abdomen
❑ Pelvien
❑ Entéroscan
❑ Coloscopie virtuelle

❑ Colonne cervicale
❑ Colonne dorsale
❑ Colonne lombaire
❑ Ostéo-articulaire_____
❑ Arthro-scan_____

❑ Bloc nerf pudendal (honteux), piriforme
❑ Bloc foraminal ❷: ❑ 1 racine ❑ 2 racines
❑ Angioscan ❑ Thorax ❑ Abdominal ❑ Carotide

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

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

❑ Cérébrale
❑ C.A.I.
❑ Orbites

❑ Massif facial
❑ A.T.M.
❑ Cou
❑ Plexus brachial

❑ Thorax
❑ Abdominale
❑ Cholangio-résonance
❑ Prostate

❑ Colonne cervicale
❑ Colonne dorsale
❑ Colonne lombaire
❑ Colonne complète

	D	G		D	G
Épaule	❑	❑	Hanche	❑	❑
Coude	❑	❑	Genou	❑	❑
Poignet	❑	❑	Cheville	❑	❑

❑ Angio-résonance
❑ Cérébrale ❑ Abdominale
❑ Arthro-IRM _____
❑ Entéro-IRM _____

❑ Autre ; précisez _____

* Des frais s'appliquent car il est interprété par un cardiologue et non par un radiologue.
** Des frais s'appliquent pour ces examens.
***Des frais s'appliquent car il est interprété par un gynécologue et non par un radiologue.
**** Des frais s'appliquent car il est interprété par un interniste et non par un radiologue.

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

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

	Oui	Non	
Le patient est porteur de :	❑	❑	stimulateur cardiaque (*pacemaker*)
	❑	❑	clip(s) métallique(s) cérébral(aux), cou, aorte ; précisez _____
	❑	❑	implant(s) métallique(s) ou autre ; autre(s) _____
	❑	❑	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)
	❑	❑	faux cils magnétiques
	❑	❑	autre(s) ; précisez _____
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 ; précisez _____
	❑	❑	est atteint du glaucome
	❑	❑	a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique ; précisez _____
	❑	❑	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**

❶ ŒSOPHAGE

Aucun aliment solide ne doit être absorbé 4 heures avant l'examen. Ne pas fumer ou mâcher de la gomme.

❷ 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 ischions.

❸ MAMMOGRAPHIE

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

❹ 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.

❺ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Être à jeun 4 à 6 heures avant l'examen.
- Ne mâchez pas de gomme.

VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU.

❺ 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.

❻ ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

❻ 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**.

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

❻ C - Échographie pelvienne obstétricale : **Pour le 1er trimestre et Dépistage prénatal (clarté nucale)** : boire 2 verres de 8 onces (480 ml) d'eau ou de jus, 1 h avant l'examen et **ne pas uriner**

❼ 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.*

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

❽ 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.**

❾ 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
375, avenue Mathers, bureau 120
J7P 4C1

Radiologie Sainte-Thérèse
233, rue Turgeon, bureau 104
J7E 3J8

MONTRÉAL

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

Prendre rendez-vous en ligne : **imagix.biron.com** | Télécopieur : **514 738-1883**