

## 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 scoliothique

### MEMBRES SUPÉRIEURS

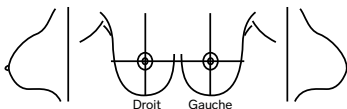
- Art. acromio-clav.  
 Art. sterno-clav.  
 Âge osseux  
 Clavicule  D  G  
 Omoplate  D  G  
 Épaule  D  G  
 Humérus  D  G  
 Coude  D  G  
 Avant-bras  D  G  
 Poignet  D  G  
 Main  D  G  
 Doigt  D  G

### 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) ③  
 Agrandissements / clichés complémentaires ③  D  G  
 Dépistage 50 à 74 ans (PQDCS) ③  
 Dépistage 35 à 49 ans, 75 ans et plus ③



- Ostéodensitométrie ④  
 (incluant colonne dorso-lombaire de profil)  
 Date du dernier examen : AAAA / MM / JJ

## RADIOLOGIE DIGESTIVE (avec rendez-vous)

- Œsophage ①  Pharynx + œsophage (déglutition) ①

## 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) ② - Niveau(x) : \_\_\_\_\_

\* Patient doit apporter son médicament

## ÉCHOGRAPHIE (avec rendez-vous)

- Abdominale ⑤  Thyroïde  
 Pelvienne trans-vésicale (et endo-vaginale si nécessaire) ⑥ A  Cardiaque\*  
 Médullaire  Surface  
 Mammaire  Testicules

## OBSTÉTRIQUE (avec rendez-vous)

- Pelvienne obstétricale du 1<sup>er</sup> trimestre (cœur fœtal et datation) ⑥ C  
 Dépistage prénatal (clarté nucale)\*\*\* ⑥ C  
 Pelvienne obstétricale du 3<sup>e</sup> trimestre (26 à 40 semaines)\*\*\* ⑥ B

## DOPPLER (avec rendez-vous)

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <b>VEINEUX</b>   | <b>ARTÉRIEL</b>   | <b>AUTRES</b>                       |
| <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) ⑦ (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 ⑦ A                       | <input type="checkbox"/> Pelvien              | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale         | <input type="checkbox"/> Bloc foraminaux ②: <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 ⑨ : Valeur de réf. : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) ⑧ (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"/> Entéro-IRM _____                              |
| <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 :

Oui	Non	<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](http://imagix.biron.com/fr)

## 1 AUCUNE PRÉPARATION REQUISE

## 2 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.

## 3 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.

## 4 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.**

## 5 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.**

## 5 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.

## 6 ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

**6 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.**

**6 B - Échographie pelvienne obstétricale du 3<sup>e</sup> trimestre :** aucune préparation nécessaire, **ne pas uriner** avant l'examen.

**6 C - Échographie pelvienne obstétricale : Pour le 1<sup>er</sup> 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**

## 7 TOMODENSITOMÉTRIE (CT-Scan)

Repas léger permis (rôtis 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.\*

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

## 8 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.**

## 9 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](http://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 210  
J7P 4C1

### Radiologie Sainte-Thérèse

233, rue Turgeon, bureau 104  
J7E 3J8

### MONTREAL

**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