

INFORMATIONS PATIENT • PATIENT INFORMATION

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

- Rapport en français     English report  
 CNESST     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)

- |  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> ARTHROGRAPHIE THÉRAPEUTIQUE (CORTISONE) ⑥ / THERAPEUTIC ARTHROGRAM (CORTISONE) ⑥<br/>RÉGION/REGION : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ARTHROGRAPHIE AVEC INJECTION DE VISCOSUPPLÉMENT (SYNVISC, DUROLANE, ETC.) / ARTHROGRAM WITH VISCOPPLEMENT (SYNVISC, DUROLANE, ETC.)<br/>SYNVISC ET DUROLANE SONT VENDUS DIRECTEMENT DANS LES CLINIQUES MEDVUE / SYNVISC AND DUROLANE ARE SOLD DIRECTLY IN MEDVUE CLINICS.<br/>RÉGION/REGION : _____</p> | <p><input type="checkbox"/> BLOC FACETTAIRE ⑥ / FACET BLOCK ⑥<br/><input type="checkbox"/> DROITE / RIGHT    <input type="checkbox"/> GAUCHE / LEFT    NIVEAU(X) / LEVEL(S) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPIDURALE FORAMINALE LOMBAIRE ⑥ / LOMBAR FORAMINAL EPIDURAL ⑥<br/>NIVEAU(X) / LEVEL(S) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPIDURALE INTERLAMAIRE ⑥ / INTERLAMINAR EPIDURAL ⑥<br/>NIVEAU(X) / LEVEL(S) : _____</p> |
|--|--|

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

- |   |   |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> ABDOMINALE ① / ABDOMINAL ①</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMINALE ET PELVIENNE ③ / ABDOMINAL AND PELVIC ③</p> <p><input type="checkbox"/> PELVIENNE TRANS-VÉSICALE (ET ENDO-VAGINALE SI NÉCESSAIRE) ② / TRANSVESICAL PELVIC (AND ENDOVAGINAL IF NECESSARY) ②</p> <p><input type="checkbox"/> THYROÏDE / THYROID</p> <p><input type="checkbox"/> TESTICULES / TESTICULAR</p> <p><input type="checkbox"/> SURFACE : _____</p> <p><input type="checkbox"/> MUSCULOSQUELETTIQUE / MUSCULOSKELETAL : _____</p> <p><input type="checkbox"/> INFILTRATION / INJECTION :<br/>RÉGION/REGION : _____</p> <p><input type="checkbox"/> LAVAGE CALCIQUE/CALCIUM LAVAGE<br/>RÉGION/REGION : _____</p> | <p><input type="checkbox"/> ÉCHOGRAPHIE-DOPPLER / DOPPLER ULTRASOUND</p> <p><input type="checkbox"/> RECHERCHE DE THROMBOSE (PHLÉBITE) / DETECTION OF THROMBOSIS (PHLEBITIS)</p> <p><input type="checkbox"/> CERVICO-ENCÉPHALIQUE (CAROTIDIEN) / CERVICO-ENCEPHALIC (CAROTID)</p> <p><input type="checkbox"/> ÉCHO-DOPPLER ARTÉRIEL / DOPPLER ARTERIAL</p> <p><input type="checkbox"/> MEMBRES INFÉRIEURS (INCLUANT ITH) / LOWER EXTREMITY (INCL. ITH)</p> <p><input type="checkbox"/> MEMBRES SUPÉRIEURS / UPPER EXTREMITY</p> <p><input type="checkbox"/> INDICE TIBIO-HUMÉRAL (ITH) / TIBIO HUMERAL INDEX</p> <p><input type="checkbox"/> RECHERCHE DE DÉFILÉ THORACIQUE / SEARCH FOR THORACIC OUTLET SYNDROME</p> |
|---|---|

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

- |   |  |                          |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
|---|--|--------------------------|-----|-----|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <p><input type="checkbox"/> CERVEAU / BRAIN</p> <p><input type="checkbox"/> ANGIO POLYGONE WILLIS / M.R.A.</p> <p><input type="checkbox"/> HYPOPHYSE / SELLA TURCICA</p> <p><input type="checkbox"/> CONDUITS AUDITIFS INTERNES / I.A.C.</p> <p><input type="checkbox"/> PLEXUS BRACHIAL / BRACHIAL PLEXUS</p> <p><input type="checkbox"/> COLONNE CERVICALE / CERVICAL SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> COLONNE DORSALE / THORACIC SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> COLONNE LOMBAIRE / LUMBAR SPINE</p> <p><input type="checkbox"/> ART. SACRO-ILIAQUES / S.I. JOINTS</p> <p><input type="checkbox"/> CONTRASTE / CONTRAST : _____</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>D/R</td> <td>G/L</td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ATM / TMJ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ÉPAULE / SHOULDER</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> COUDE / ELBOW</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> POIGNET / WRIST</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> MAIN / HAND</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> BASSIN / PELVIS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> HANCHE / HIP</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CUISSE / THIGH</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> GENOU / KNEE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> MOLLET / CALF</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CHEVILLE / ANKLE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PIED / FOOT</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> |                          | D/R | G/L | <input type="checkbox"/> ATM / TMJ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ÉPAULE / SHOULDER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> COUDE / ELBOW | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> POIGNET / WRIST | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MAIN / HAND | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> BASSIN / PELVIS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HANCHE / HIP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CUISSE / THIGH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> GENOU / KNEE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MOLLET / CALF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CHEVILLE / ANKLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PIED / FOOT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p><input type="checkbox"/> ARTHRO-RÉSONANCE / MR ARTHROGRAM : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMEN / ABDOMEN</p> <p><input type="checkbox"/> CHOLANGIO-PANCRÉATOGRAPHIE / (M.R.C.P.)</p> <p><input type="checkbox"/> PELVIEN / PELVIC</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIAQUE / CARDIAC</p> <p><input type="checkbox"/> CAROTIDES / CAROTIDS</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE / OTHER : _____</p> <p>TAUX DE CRÉATININE ⑤ / CREATININE LEVEL ⑤ : _____</p> |
|   | D/R  | G/L                      |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> ATM / TMJ  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> ÉPAULE / SHOULDER  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> COUDE / ELBOW  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> POIGNET / WRIST  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> MAIN / HAND  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> BASSIN / PELVIS  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> HANCHE / HIP   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> CUISSE / THIGH   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> GENOU / KNEE   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> MOLLET / CALF  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> CHEVILLE / ANKLE   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> PIED / FOOT  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |     |     |                                    |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |                                       |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |   |

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

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 ; spécifiez _____
<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 ; spécifiez _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a cardiac pacemaker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cerebral, neck, or aorta metallic clip(s); specify _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	metallic implant(s) or other devices; specify _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prosthesis(-es): auditory, ocular, dental, capillary, joint, or other; specify _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rod(s), plate(s), nail(s), screw(s), as a result of a fracture or surgery; specify _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	body piercing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tattoo(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other(s); specify _____

The patient: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	has had surgery within the last 12 weeks.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	is claustrophobic (if yes, plan medication).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	is pregnant. No. of weeks _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	has allergies; specify _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	has glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	has had a prior eye injury involving a metallic foreign body; specify _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)**

Apporter CD de tout examen antérieur pertinent, passé au cours de la dernière année, incluant une copie des rapports. **Pour les examens Abdomen, Cholangio-résonance et Pelvienne, il faut être à jeun (boire et manger) 6 heures avant votre examen.**

**5 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.**

**6 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 CD de tout examen antérieur pertinent passé au cours des 6 derniers mois, incluant une copie des rapports.**

**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 CREATININE**

The creatinine clearance test can be performed on-site the same day; additional charges will apply. **YOU CAN CONTINUE TAKING YOUR MEDICATION, WITH ONLY A LITTLE WATER, UP UNTIL 2 HOURS BEFORE THE EXAMINATION.**

**6 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. **On the day of the injection, please provide the CD for any previous relevant examinations done in the past six months, along with a copy of the reports.**

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**

**LAVAL**  
300, boul. Concorde Est  
Laval (Québec) H7G 2E6

**LAVAL**  
3030, boul. Le Carrefour, bureau 503  
Laval (Québec) H7T 2P5

**MONTRÉAL**  
5811, chemin de la Côte-des-Neiges  
Montréal (Québec) H3S 1Z2

**MONTÉRÉGIE**  
4105-F, boulevard Matte  
Brossard (Québec) J4Y 2P4