



A WESTMOUNT SQUARE
 1 Westmount Square, Suite C210
 Westmount (QC) H3Z 2P9
 Tél.: (514) 939-9764
 Fax: (514) 939-9363
 Courriel: info.ws@radimed.ca

B SAINT-LAURENT
 6363 Transcanadienne, Bur. 121
 Ville Saint-Laurent (QC) H4T 1Z9
 Tél.: (514) 747-8192
 Fax: (514) 747-8184
 Courriel: info.sl@radimed.ca

C WEST ISLAND
 215 Frobisher
 Pointe-Claire (QC) H9R 4R9
 Tél.: (514) 697-9940 – Radiologie
 Fax: (514) 697-3711
 Courriel: info.wi@radimed.ca
 Tél.: (514) 697-8855 – IRM
 Fax: (514) 697-8854
 Courriel: irm.wi@radimed.ca

D VAUDREUIL-DORION
 600 Boulevard Harwood
 Vaudreuil-Dorion (QC) J7V 6A3
 Tél.: (450) 218-6111
 Fax: (450) 218-7111
 Courriel: info.vd@radimed.ca

E VALLEYFIELD
 521 Boulevard du Hâvre
 Salaberry-de-Valleyfield (QC) J6S 4Z5
 Tél.: (450) 371-6444 poste 214
 Fax: (450) 371-5062
 Courriel: info.vf@radimed.ca

IMAGERIE SPÉCIALISÉE / SPECIALIZED IMAGING

Nom et prénom : _____
 Name & surname

Téléphone : _____ Date de naissance : _____
 Phone number Date of birth

Renseignements cliniques (obligatoire) : _____
 Clinical information (mandatory)

LÉGENDE / LEGEND

Examens offerts à : **A B C D E**
 Exams available at:

ÉCHOGRAPHIE / ULTRASOUND

- Abdominale / Abdominal
- Pelvienne / Pelvic
- Endovaginale / Endovaginal
- Obstétricale (≤ 10 sem.) / Obs (≤ 10 weeks)
- Sein(s) / Breast(s) G/L D/R
- Cou (Thyroïde) / Neck (Thyroid)
- Prostate
- Testicules / Testicles
- Musculosquelettique / MSK _____
- Echocardiographie / Echocardiogram _____
- Doppler _____
- Autre / Other _____

INTERVENTIONS

- Lavage calcique / Calcific Lavage **A C D E**

- Musculosquelettique infiltration / **A C D E**
 MSK infiltration _____

- Biopsie Thyroïde / Thyroid Biopsy **A**

- AUTRE / OTHER _____

ENCEINTE / PREGNANT

ATTENTION : Si vous êtes enceinte, veuillez en aviser le Technologue **AVANT** votre examen.
WARNING: If you are pregnant, please advise the Technologist **BEFORE** the exam.

TOMODENSITOMÉTRIE / CT SCAN **A B**

- Cérébrale / Brain
- Selle turcique et hypophyse /
 Sella turcica & Pituitary
- Orbites / Orbits
- CAI et Mastoïdes / IAC & Mastoids
- Art. Temporo-mandibulaires / T.M. Joints
- Dentascan
- Sinus / Sinuses
- Massif facial / Facial bones
- Cou (ORL) / Neck (ENT) _____
- Plexus brachial / Brachial Plexus
- Thorax / Chest
- Seins / Breasts (Bil.)
- Abdomen _____
- Pelvienne / Pelvis _____
- Prostate
- Colonoscopie virtuelle / Virtual Colonoscopy

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / MRI **A B C**

- Angiographie / Angiography _____
- Entérographie / Enterography
- Colonne vertébrale / Spine
 - Cervicale
 - Dorsale
 - Lombo-sacrée
- Sacrum-coccyx
- Art. Sacro-iliaques / S.I. Joints
- Musculosquelettique / MSK _____
- Arthrographie IRM / MR Arthrogram _____
- Arthrographie-scan / CT-Arthrography _____
- Calcul du score cardiaque / Cardiac Scoring
- CT Coronarographie / CT Coronarography
- Autre / Other _____

QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ IRM

- | | |
|---|---|
| Stimulateur cardiaque | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Endoprothèse vasculaire | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Clip sur un anévrisme cérébral | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Implant oculaire ou cochléaire | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Fragment métallique dans un œil | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Pompe à insuline | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Neuro ou bio stimulateur | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Dérivation ventriculaire métallique (Shunt) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Fragment d'électrode (après chirurgie cardiaque) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Filtre "Bridnest" (parapluie dans V.C.I.) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Implant pénien magnétique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Enceinte | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance rénale (taux créatinine) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Claustrophobe* (S.V.P. prescrire un anxiolytique) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Poids : _____ | |

MRI SECURITY QUESTIONNAIRE

- | | |
|--|--|
| Pacemaker | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Stent | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Aneurysm clip | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Ocular or cochlear implant | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Metallic ocular foreign body | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Insulin pump | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Neuro or biostimulator | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| VP shunt | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Electrode fragment (post cardiac surgery) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| IVC filter (Bridnest) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Shrapnel, bullet, gunshot | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Magnetic penile implant | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Pregnant | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Renal failure (creatinine level) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Claustrophobic* (Please prescribe an anxiolytic) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Weight: _____ | |

Signature du médecin / Doctor's signature

Signature du patient / Patient's signature

Date

Médecin référent : _____ Numéro de licence : _____
 Ordering Physician License number

Signature : _____ Date : _____

Téléphone : _____ Téléc. du rapport au : _____ Rapport final en français Final report in English
 Phone number Fax report to