



www.radimed.ca

**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) 371-6442  
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:

**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.

### ÉCHOGRAPHIE / ULTRASOUND (RAMQ / MEDICARE)

- 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 \_\_\_\_\_

### Cochez le service désiré / Check desired service:

- TOMODENSITOMÉTRIE / CT SCAN A B**
- RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / MRI A B C**

### INTERVENTIONS

- Lavage calcique / Calcific Lavage **A C D E**  
\_\_\_\_\_
- Musculosquelettique infiltration / **A C D E**  
MSK infiltration \_\_\_\_\_
- AUTRE / OTHER** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 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
- Angiographie / Angiography \_\_\_\_\_
- Entérographie / Enterography
- Colonne cervicale / Cervical spine
- Colonne dorsale / Dorsal spine
- Colonne lombo-sacrée / Lumbar spine
- 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 \_\_\_\_\_
- Déféco-IRM / MRI-defeco
- IRM Quantification Fer I Gras /  
MRI Iron I Fat Quantification

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 :** \_\_\_\_\_ **Télec. du rapport au :** \_\_\_\_\_  Rapport final en français  Final report in English  
Phone number Fax report to

Stationnement gratuit sur place / Free Parking on site