



**INFORMATIONS DU PATIENT**

Prénom et nom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Tél. maison \_\_\_\_\_  
 Tél. cellulaire \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_  
 **Enceinte** Veuillez aviser le technologue AVANT votre examen

**INFORMATIONS DU MÉDECIN TRAITANT**

Prénom et nom \_\_\_\_\_  
 Signature md \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ # lic. \_\_\_\_\_  
 Rapport :  français  anglais  
 CNESST  SAAQ # dossier \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)**

**A**  
Westmount Square

**B**  
Saint-Laurent

**C**  
West-Island

**D**  
Vaudreuil-Dorion

**E**  
Valleyfield

**F**  
Trois-Lacs

**G**  
Pierrefonds

**RADIOLOGIE GÉNÉRALE A B C D E F G sans rendez-vous**

POUMONS/THORAX/ABDOMEN	TÊTE ET COU	MEMBRES SUPÉRIEURS	MEMBRES INFÉRIEURS
<input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Hémothorax G D <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen plaque simple <input type="checkbox"/> Abdomen incidences multiples	<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur <input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Art. acromio-claviculaire <input type="checkbox"/> Art. sterno-claviculaire <input type="checkbox"/> Clavicule G D <input type="checkbox"/> Omoplate G D <input type="checkbox"/> Épaule G D <input type="checkbox"/> Humérus G D <input type="checkbox"/> Coude G D <input type="checkbox"/> Avant-bras G D <input type="checkbox"/> Poignet G D <input type="checkbox"/> Scaphoïde G D <input type="checkbox"/> Main G D <input type="checkbox"/> Doigt G D	<input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Hanche G D <input type="checkbox"/> Fémur G D <input type="checkbox"/> Genou G D <input type="checkbox"/> Rotule G D <input type="checkbox"/> Jambe G D <input type="checkbox"/> Cheville G D <input type="checkbox"/> Pied G D <input type="checkbox"/> Talon G D <input type="checkbox"/> Orteil G D 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Projection station debout
COLONNE VERTÉBRALE		ÉTUDES / ÂGE OSSEUX	
<input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Sacrum et Coccyx <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Série scoliotique	<input type="checkbox"/> Étude métastatique <input type="checkbox"/> Étude rhumatique <input type="checkbox"/> Étude métabolique <input type="checkbox"/> Âge osseux	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <b>SCANOGRAPHIE</b> <input type="checkbox"/> Debout <b>A C</b> <input type="checkbox"/> Couché	

**MAMMOGRAPHIE A C D E G avec rendez-vous**

Diagnostique  
 Dépistage\*  
 \* La RAMQ couvre 1 seul examen par an

**PROCÉDURES / INTERVENTIONS A C D E avec r-v**

Arthrographie thérapeutique  Bourse  Intra-articulaire  
 Région \_\_\_\_\_ G D  
 Arthrographie distensive épaule G D  
 Bloc facettaire niveau \_\_\_\_\_ G D  
 Infiltration sous écho Région \_\_\_\_\_ G D  
 Lavage calcique  
 Infiltration PRP **A** Région \_\_\_\_\_

**TOMODENSITOMÉTRIE (CT scan) A B avec r-v**

<input type="checkbox"/> Angiographie _____ <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Selle turcique <input type="checkbox"/> C.A.I. & Mastoïdes <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Art. temporo-mandibulaires <input type="checkbox"/> Cou (ORL)	<input type="checkbox"/> Col. cervicale <input type="checkbox"/> Col. dorsale <input type="checkbox"/> Col. lombaire <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen & pelvien <input type="checkbox"/> Entérographie <input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle <input type="checkbox"/> Dentascan _____ <input type="checkbox"/> CT Coronographie
--	---

Calcul score cardiaque  
 MSK \_\_\_\_\_ G D  
 Bloc foraminal niveau \_\_\_\_\_ G D  
 Bloc épidural niveau \_\_\_\_\_ G D  
 Arthrographie Scan \_\_\_\_\_ G D  
 Scan complet (inclus IRM tête / cou / abdo-pelv plus CT Scan dépistage thorax avec calcul du score cardiaque plus écho carotide / thyroïde / seins pour femme)  
 Autres \_\_\_\_\_

**RADIOLOGIE DIGESTIVE A C D E avec r-v**

Gorgée barytée  Repas baryté  
 Grêle  Lavement baryté

**OSTÉODENSITOMÉTRIE A C D E G avec r-v**

Ostéodensitométrie La RAMQ couvre 1 seul examen par an

**ÉCHOGRAPHIE A B C D E F G avec r-v**

<input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Endovaginale <input type="checkbox"/> Cou & Thyroïde <input type="checkbox"/> Obstétricale <input type="checkbox"/> Datation <input type="checkbox"/> Clarté <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2e <input type="checkbox"/> 3e trim <input type="checkbox"/> MSK région _____ G D <input type="checkbox"/> Surface région _____ G D <input type="checkbox"/> Doppler _____ G D <input type="checkbox"/> Échocardiographie <b>A</b>	<input type="checkbox"/> Sein(s) G D <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Testicules
---	--

**RÉSONANCE MAGNÉTIQUE A B C avec r-v**

<input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> Glande pituitaire <input type="checkbox"/> C.A.I. / mastoïdes <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Art. T-M. <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Cou (ORL) <input type="checkbox"/> Glandes salivaires <input type="checkbox"/> MSK région _____ G D <input type="checkbox"/> Arthrographie IRM région _____ G D <input type="checkbox"/> Scan complet (inclus IRM tête / cou / abdo-pelv plus CT Scan dépistage thorax avec calcul du score cardiaque plus écho carotide / thyroïde / seins pour femme) <input type="checkbox"/> Autres _____	<input type="checkbox"/> Angiographie _____ <input type="checkbox"/> Col. cervicale <input type="checkbox"/> Abominale <input type="checkbox"/> Col. dorsale <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Col. lombaire <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Art. S-I. <input type="checkbox"/> Quantif. fer/gras <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx <input type="checkbox"/> Déféco-IRM <input type="checkbox"/> Plexus brachial <input type="checkbox"/> Entérographie <input type="checkbox"/> Plexus lombaire <input type="checkbox"/> Seins
--	--

**VOIR AU VERSO**

Adresses  
 # téléphone  
 # télécopieur  
 Courriel de  
 chaque clinique

## PRÉPARATIONS POUR LES EXAMENS

**ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE** : À jeun depuis minuit la veille si l'examen est le matin. À jeun 6h avant si votre examen est l'après-midi et petit déjeuner sans gras.

**ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE** : Boire 750 ml d'eau. Débuter 1h30 avant l'examen et ne pas uriner.

**MAMMOGRAPHIE** : Aucun déodorant, antisudorifique, poudre ou lotion sous les aisselles ou autour des seins.

\* Nos cliniques de mammographie sont accréditées PQDCS.

**OSTÉODENSITOMÉTRIE** : Évitez de prendre des comprimés de calcium, Tums, Roloids 24h avant l'examen. Ne pas avoir eu d'examen baryté ou de médecine nucléaire 10 jours avant.

**CALCUL DU SCORE CALCIQUE** : Prendre le Bêta-Bloqueur Tenormin 50 mg 4h avant l'examen, tel que prescrit par votre médecin. Ne rien manger ni boire 4h avant. Pas de caféine et ne pas fumer 12h avant. Pas d'exercice 24h avant.

**REPAS BARYTÉ** : À jeun 12h avant l'examen. Ne rien boire ou manger, ni fumer et ne pas mâcher de la gomme.

**GRÊLE** : Prévoir un minimum de 3h pour effectuer cet examen. À jeun 12h avant l'examen. Ne rien boire ou manger, ni fumer et ne pas mâcher de la gomme.

**LAVEMENT BARYTÉ** : Diète liquide (24h avant l'examen) bouillon clair, jus, jello, thé, café. Pas de produits laitiers. Acheter du PURGODAN ou PICO-SALAX à la pharmacie et la veille de l'examen boire 1 sachet à 8h et le 2e à 14h. Boire beaucoup d'eau pour être bien hydraté.

**TOMODENSITOMÉTRIE ABDOMINALE ET PELVIENNE** : Ne rien manger, ni boire 3h avant l'examen.

**IRM AVEC CONTRASTE** : Ne rien manger ni boire 3h avant.

**COLONOSCOPIE VIRTUELLE** : La préparation vous sera expliquée lors de la prise de rendez-vous.

## QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ IRM

Stimulateur cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Prothèse articulaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Endoprothèse vasculaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Prothèse auditive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Clip sur anévrisme cérébrale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Prothèses ou broches dentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Implant oculaire ou cochléaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Plaque, vis, clou, agrafe ou suture métal.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Implant ou marqueur au sein	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Éclats obus ou projectile d'arme à feu	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Implant pénien	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Dérivation ventriculaire métallique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pompe insuline ou capteur glycémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Filtre "Birdness" (parapluie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Neuro ou bio stimulateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tige de Cotrel ou Harrington	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Timbre de nicotine ou médicamenteux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Corps étranger à l'oeil (métal, soudure)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Verres de contact teintés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tatouage, perçage ou maquillage permanent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Êtes-vous** :  Claustrophobe (si oui, avoir prescription Ativan)

Allergique (si oui, précisez) \_\_\_\_\_

Enceinte (si oui, combien semaines) \_\_\_\_\_

Allaitiez-vous ? (si oui, cochez)

**Avez-vous déjà eu une chirurgie ?** (si oui, précisez)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### WESTMOUNT SQUARE A

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

### SAINT-LAURENT B

6363 Transcanadienne, Bur. 135  
Ville Saint-Laurent (QC) H4T 1Z9  
Tél.: 514-747-5995  
Fax: 514-338-6996  
Courriel: [info.sl@radimed.ca](mailto:info.sl@radimed.ca)

### WEST-ISLAND C

215 Frobisher  
Pointe-Claire (QC) H9R 4R9  
Tél.: 514-697-9940  
Fax: 514-697-3711  
Fax: 514-697-8854 – IRM  
Courriel: [info.wi@radimed.ca](mailto:info.wi@radimed.ca)

### VAUDREUIL-DORION D

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

### VALLEYFIELD E

521 Boulevard du Hâvre  
Salaberry-de-Valleyfield (QC) J6S 4Z5  
Tél.: 450-371-6442  
Fax: 450-371-5062  
Courriel: [info.vf@radimed.ca](mailto:info.vf@radimed.ca)

### TROIS-LACS F

65 boul. de la Cité-des-Jeunes, Suite 210  
Vaudreuil-Dorion (QC) J7V 8C1  
Tél.: 450-424-2727  
Fax: 450-424-9902  
Courriel: [info.tl@radimed.ca](mailto:info.tl@radimed.ca)

### PIERREFONDS G

12774 Boul. Gouin O, suite #26  
Pierrefonds (QC) H8Z 1W5  
Tél.: 514-822-7456  
Fax: 514-822-7461  
Courriel: [info.pf@radimed.ca](mailto:info.pf@radimed.ca)