



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"/> 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	

MAMMOGRAPHIE A C D E G avec rendez-vous

Diagnostique Tomosynthèse
 Dépistage* **A C D E E**
 * 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

Angiographie _____ Col. cervicale
 Cérébrale Col. dorsale
 Selle turcique Col. lombaire
 C.A.I. & Mastoïdes Art. sacro-iliaques
 Orbites Sacrum-coccyx
 Sinus Thorax
 Massif facial Abdomen & pelvien
 Art. temporo-mandibulaires Entérographie
 Cou (ORL) Colonoscopie virtuelle
 _____ Dentascan _____
 Calcul score cardiaque CT Coronographie
 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

Abdominale Sein(s) G D
 Pelvienne Prostate
 Endovaginale Testicules
 Cou & Thyroïde
 Obstétricale Datation Clarté 1er 2e 3e trim
 MSK région _____ G D
 Surface région _____ G D
 Doppler _____ G D
 Échocardiographie **A**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE A B C F avec r-v

Cérébrale Angiographie _____
 Glande pituitaire Col. cervicale Abominale
 C.A.I. / mastoïdes Col. dorsale Pelvienne
 Massif facial Col. lombaire Prostate
 Orbites Art. S-I. Quantif. fer/gras
 Art. T-M. Sacrum-coccyx Déféco-IRM
 Sinus Plexus brachial Entérographie
 Cou (ORL) Plexus lombaire Seins
 Glandes salivaires
 MSK région _____ G D
 Arthrographie IRM région _____ 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 _____

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, Rolaid 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) _____

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

SAINT-LAURENT B

6363 Transcanadienne, Suite 135
Ville Saint-Laurent (QC) H4T 1Z9

Tél.: 514-747-5995

Fax: 514-338-6996

Courriel: 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

VAUDREUIL-DORION D

600 Boulevard Harwood
Vaudreuil-Dorion (QC) J7V 6A3

Tél.: 450-218-6111

Fax: 450-218-7111

Courriel: info.vd@radimed.ca

VALLEYFIELD E

616 chemin Larocque, Suite 210
Salaberry-de-Valleyfield (QC) J6T 4C5

Tél.: 450-371-6442

Fax: 450-371-5062

Courriel: info.vf@radimed.ca

TROIS-LACS F

2555 rue Dutrisac, Suite 105
Vaudreuil-Dorion (QC) J7V 7E6

Tél.: 450-424-2727

Fax: 450-424-9902

Courriel: 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