

**DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)
MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) REQUISITION**

Renseignements sur le patient, sVP compléter recto et verso / Patient information, please complete both sides

Nom / Name _____ Date de naissance/Birth date _____
 Téléphone: Maison _____ Travail _____ Autre _____
 Telephone: Home _____ Work _____ Other _____
 CSST SAAQ N° dossier _____ Nom de l'agent _____ N° du Fax de l'agent _____
 Armée / Army File N° _____ Agent name _____ Agent Fax N° _____

Examen de RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) demandé / MAGNETIC RESONANCE (MRI) examination requested

Cérébrale / Brain Colonne cervicale / Cervical spine Genou / Knee Pied ort. (Nevr. de Morton / Foot toes)
 Hypophyse / Sella turcica Colonne dorsale / Dorsal spine Épaule / Shoulder Abdomen / Abdomen
 Cond. Aud. Int. / Int. aud. c Colonne lombaire / Lombar spine Cheville / Ankle Pelvien / Pelvis
 Orbites / Orbits Colonne complète / Total spine Coude / Elbow Angio résonance/ MR angiogram
 Plexus brachial / Brach. pl. Autre / Other: _____ Poignet / Wrist Cérébrale (cercle de Willis) / head
 Art. temp-madibul. / T M J Arthro-IRM/MR arthro: _____ Main doigts / Hand Fing. Cholangio résonance / MR cholangio.

Renseignements cliniques, ils sont essentiels à la planification de l'examen / Clinical information please

Créatinine _____
 Allergie à l'iode
 Iodine allergy

IMPORTANT, procédure de prise de rendez-vous pour un examen de IRM / MRI appointment procedure

- 1- Compléter le questionnaire au verso / The questionnaire on the other side must be completed
- 2- Toutes vos coordonnées doivent figurer sur la demande/Your contact information must be on the form
- 3- Faxer la demande d'examen (recto et verso) au 514-365-8622 / Fax both sides to 514-365-8622
- 4- OU Digitaliser les 2 côtés de la requête et l'envoyer à/ Scan both sides and send it to: info@radiologielasalle.com
- 4- Nous communiquerons avec vous pour fixer le rendez-vous/We will contact you to fix an appointment
- 5- Apporter les documents de radiologie pertinents lors du rendez-vous / Bring the necessary radiology documents to the exam
- 6- Le jour de l'examen, apporter l'originale de la requête et votre carte d'assurance maladie/Bring this form with your medicare card
- 7- Nous aviser si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous / Advise us if you must cancel the appointment

Autres examens d'imagerie médicale / Other medical imaging exams, sVP appeler / please call 514-365-7766

Radiologie / Radiology _____
 Échographie / Ultrasound _____
 Mammographie / Mammography _____
 Ostéodensitométrie / Bone density _____

Tomodensitométrie (Scan) / CT-Scan _____ Coloscopie virtuelle / Virtual colonoscopy _____ Ces examens sont faits à :
 Tomo. par Émission de Positrons (TÉP/CT - PET/CT) _____ These exams are done at:
 www.ResoScan.com

Tél. _____
 Fax _____

Médecin/Physician _____ Licence _____ Adresse/Address _____ Date ____/____/____

Radiologue _____	Code ex. _____	Technologue _____	Rendez-vous _____
Routine <input type="checkbox"/> Gado. <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/>		Gado.: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date _____
Commentaires _____		Commentaires _____	Heure _____

Centre d'imagerie médicale MedIRM - Radiologie Médicentre LaSalle

Tél: 514-365-7766 Fax: 514-365-8622

HEURES D'OUVERTURE / OPENING HOURS

Lundi au jeudi 8h30 - 19h00 Monday to Thursday
Vendredi 8h30 - 16h30 Friday

Questionnaire préalable à un rendez-vous d'examen de Résonance Magnétique (IRM)

Questionnaire prior to a Magnetic Resonance exam (MRI)

Il est essentiel que ce questionnaire soit rempli par le médecin traitant et le patient

This questionnaire must be filled in by the physician and the patient



CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES / ABSOLUTE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque / Pacemaker |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurostimulateur ou défibrillateur implanté / Neurostimulator or implanted defibrillator. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à insuline implantée sous la peau / Implanted subcutaneous insulin pump |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip sur un anévrisme cérébral ou sur une malf. art-vein. / Cerebral aneurysm or AVM metallic clip |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment métallique dans un oeil / Metallic fragment in orbit or eye * |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire (oreille interne) / Cochlear implant (inner ear) type _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant oculaire magnétique / Magnetic ocular implant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant |

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES / RELATIVE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobie (crainte des espaces clos) / Claustrophobia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèses ou broches dentaires / Dentures or orthodontic wiring (braces) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poids excédant 440 livres (200 kg) / Weight over 440 lbs (200 kg) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Filtre dans la veine cave inférieure (parapluie dans VCI) / Inferior vena cava filter (IVC umbrella) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grossesse, si oui combien de semaines? / Pregnancy, if so, how many weeks? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie de moins de 3 mois, SVP préciser / Surgery in the last 3 months, please specify |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse articulaire / Joint prosthesis Site _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracture traitée par tige, plaque, vis... / Fracture treated with a rod, screws... Site _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tige(s) de Cotrel ou de Harrington / Harrington or Cotrel rod(s) Site _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agrafes, sutures ou mèches métalliques / Metallic staples or sutures Site _____ * |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corps étranger métallique (éclats d'obus etc...) / Metallic foreign bodies (shrapnel...)* |

- * ➤ Dans le doute, obtenir une radiographie de la région concernée avant de prendre votre rendez-vous
- * ➤ If in doubt, take an X-ray of the region in question before making your appointment

Signature du médecin / Physician signature

Signature du patient / Patient signature

Date

- Radiologie générale: Sans rendez-vous, présentez-vous au 1500, rue Dollard à LaSalle entre 8h30 et 16h30
- Échographie, radiologie spécialisée, mammographie, ostéodensitométrie: Sur rendez-vous SVP appeler au 514-365-7766. Pour plus d'informations visitez notre site web: www.medirm.com

Merci de votre confiance / Thanks for your trust