

IRM / MRI

MEDVUETM
IMAGERIE MÉDICALE • MEDICAL IMAGING



Rendez-vous /
Appointment :

Heure /
Time :

- 300, boul. de la Concorde Est, Laval (Québec) H7G 2E6**
Téléphone / Telephone : **450 668-7376** ou/ou **1 866-668-7376**
Télécopieur / Fax : **450 668-8300** ou/ou **infoconcorde@medvue.ca**
- 3030, boul. le Carrefour, bureau 503, Laval (Québec) H7T 2P5**
Téléphone / Telephone : **450 668-7376** ou/ou **1 866-668-7376**
Télécopieur / Fax : **450 668-8300** ou/ou **infocarrefour@medvue.ca**
- 5811, Chemin de la Côte-des-Neiges, Montréal (Québec) H3S 1Z2**
Téléphone / Telephone : **514 341-5253** ou/ou **1 866-668-7376**
Télécopieur / Fax : **514 341-9816** ou/ou **infocdn@medvue.ca**

REQUÊTE D'EXAMEN EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE • REQUISITION FOR MRI EXAM

Nom / Name : _____ DDN / DOB : _____

Adresse / Address : _____

Téléphone / Telephone : _____ Cell. : _____ Contact : _____

TYPE D'EXAMEN • TYPE OF EXAM

- CERVEAU / BRAIN
- ANGIO POLYGONE WILLIS / M.R.A.
- HYPOPHYSE / SELLA TURCICA
- CONDUITS AUDITIFS INTERNES / I.A.C.
- PLEXUS BRACHIAL / BRACHIAL PLEXUS
- COLONNE CERVICALE / CERVICAL SPINE
- COLONNE DORSALE / DORSAL SPINE
- COLONNE LOMBAIRE / LUMBAR SPINE
- ART. SACRO-ILIAQUES / S.I. JOINTS
- AUTRES / OTHER REGIONS :

CONTRASTE / CONTRAST :

TAUX DE CRÉATININE /
CREATININE LEVEL : _____

TAUX DE APS / PSA LEVEL : _____

- ATM / TMJ
- ÉPAULE / SHOULDER
- COUDE / ELBOW
- POIGNET / WRIST
- MAIN / HAND
- BASSIN / PELVIS
- HANCHE / HIP
- CUISSE / THIGH
- GENOU / KNEE
- MOLLET / CALF
- CHEVILLE / ANKLE
- PIED / FOOT

ARTHRO-RÉSONANCE / MR ARTHROGRAM :

- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L
- D/R G/L

- ABDOMEN / ABDOMEN
- CHOLANGIO-PANCREATO / (M.R.C.P.)
- PELVIEN / PELVIC
- IRM CARDIAQUE / CARDIAC MRI**
Medvue Concorde
- IRM CAROTIDES / MRI CAROTIDS**
Medvue Concorde
- IRM PROSTATE / PROSTATE MRI**
Medvue Côte-des-Neiges

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (IMPORTANT) • CLINICAL INFORMATION (IMPORTANT)

Privé / Private CSST SAAQ Compagnie / Cie

Nom / Name : _____

Numéro de dossier / File number : _____

Date de l'événement / Date of event : _____

Nom de l'agent / Name of agent : _____

RAMQ : _____

Rapport en français English report

MÉDECIN TRAITANT / PHYSICIAN

Nom / Name : _____

Adresse / Address : _____

Téléphone / Telephone : _____

Télécopieur / Fax : _____

Courriel / E-mail : _____

Signature

Licence / License

POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS • FOR AN APPOINTMENT

**SI'IL VOUS PLAÎT, VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LA REQUÊTE D'EXAMEN AVEC LE CONSENTEMENT SUIVANT SOIT PAR LA POSTE OU PAR TÉLÉCOPIEUR (RECTO-VERSO)
PLEASE SEND US THE REQUISITION AND THE CONSENT FORM BY MAIL OR BY FAX (BOTH SIDES).**

Le patient devra apporter les examens radiologiques antérieurs pertinents (IRM, scan, Rx simples, etc.)
The patient must bring any related previous exams (CT scan, MRI, X-rays, etc.)

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT • QUESTIONNAIRE AND CONSENT FORM

Par sécurité, ce questionnaire doit être rempli par le médecin et le patient.
For safety reasons, this questionnaire is to be completed by the physician and the patient.

- Souffrez-vous de diabète / Are you diabetic ? **Oui / Yes** **Non / No**
- Taux de créatinine si possibilité d'injection / Creatinine level for patients requiring contrast media : _____
- Taux de APS / PSA level : _____
- Êtes-vous claustrophobe / Are you claustrophobic ? **Oui / Yes** **Non / No** Si oui prescrire anxiolytique (**Ativan**) / If yes, prescribe anxiolytic (**Ativan**)

Poids / Weight : _____ Taille / Height : _____ Allergies : _____

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES • ABSOLUTE CONTRA-INDICATIONS

	Oui	Non		Yes	No
Stimulateur cardiaque (pacemaker) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontage coronarien, électrodes épiscopardiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post coronary bypass graft, epicardial pacer wires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, faire un RX pulmonaire, joindre une copie du rapport à la demande.			If yes, have a chest X-Ray done and send a copy with this requisition.		
Stent, valve ou filtre implanté < 2 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent, filter, valve implanted < 2 months ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clip sur un anévrisme cérébral ou clip vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerebral aneurysm or vascular clip ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant cochléaire ou prothèse auditive interne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cochlear implant or internal hearing aid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulator : spine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathéter Swan-Ganz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swan-Ganz catheter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été blessé(e) aux yeux, par un corps étranger métallique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever been injured by a metallic foreign body in the eyes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, faire un RX orbites même si retiré et joindre le rapport à la demande.			If yes, X-Ray of the orbits is required even if object(s) was removed. Please attach the report.		

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES • RELATIVE CONTRA-INDICATIONS

	Oui	Non		Yes	No
Avez-vous déjà subi des chirurgies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had surgery ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : _____ Année : _____			Specify : _____ Year : _____		
Oreille interne (stapédectomie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internal ear (stapedectomy) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant oculaire, décollement rétine, glaucome ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocular implant, retinal detachment or glaucoma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant pénien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penile implant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dérivation ventriculaire (shunt) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventricular derivation (shunt) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline implantée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An implanted insulin pump ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extenseur du tissu mammaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breast tissue expander ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you pregnant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatouage, body piercing ou maquillage permanent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tattoo, body piercing or permanent make-up ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

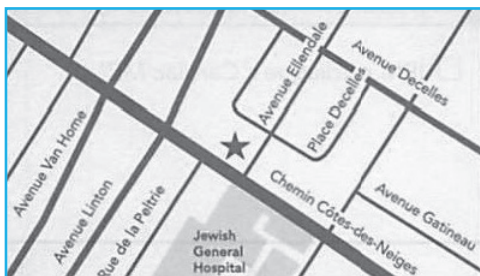
**J'ai revu avec mon médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en Résonance Magnétique
I have reviewed the above questionnaire with my physician and I consent to the MR examination.**

Signature du médecin / Physician's signature

Signature du patient / Patient's signature

COORDONNÉES DES CLINIQUES • CLINIC CONTACT INFORMATION

5811, Chemin de la Côte-des-Neiges
Montréal (Québec) H3S 1Z2
T. : 514 341-5253 F. : 514 341-9816



3030, boul. Le Carrefour, bureau 503
Laval (Québec) H7T 2P5
T. : 1 866 668-7376 F. : 450 668-8300



300, boul. Concorde Est
Laval (Québec) H7G 2E6
T. : 1 866 668-7376 F. : 450 668-8300

