

Formulaire de réquisition / Requisition Form

Nom / Family Name _____ Prénom / First Name _____

Nom à la naissance / Maiden Name _____ DDN / DOB _____ / _____ / _____
A/Y M/M J/D

Adresse / Address _____

Tél. rés. / Tel. Home (_____) _____ Bur. / Off. (_____) _____

CSST SAAQ N° de dossier / File Number _____ Date de l'événement / Date of Event _____
Nom de l'agent / Agent Name _____ Téléc. / Fax (_____) _____

IRM / MRI

Avec contraste / With Contrast

Une créatinine est demandée pour tout patient nécessitant une injection de gadolinium si vous souffrez de diabète, êtes sur la dialyse, avez une fonction rénale anormale ou âgé de 50 ans et plus. Un test sanguin doit être effectué et les résultats doivent être envoyés à la clinique avant l'examen. / For patients undergoing an MRI with an injection of gadolinium. If the patient is diabetic, undergoes dialysis, has abnormal renal function, or is 50 years of age and over, a serum creatinine level must be done prior and the results received at the clinic before the exam can be performed.

Renseignements cliniques / Clinical Notes

- Cerveau / Brain
- Selles turcique-hypophyse / Sella Turcica-pituitary
- Charnière cranio-vertébrale / Base of Skull
- Orbites / Orbits
- Articulations T-M / T-M Joints
- CAI / IAC's
- Parotides / Parotids
- Sinus / Sinuses
- Nasopharynx
- Cou-ORL / Neck-ENT

- Plexus brachial / Brachial Plexus
- Autre / Other _____

- Sein / Breast
- Précisez le côté / Specify Side _____

- Abdomen
- Thorax / Chest

- Angiographie R-M / MR Angiography
- Spécifiez / Specify Location _____

- Colonne cervicale / Cervical Spine
- Colonne dorsale / Thoracic Spine
- Colonne lombo-sacrée / Lumbosacral Spine

- | | Droite / Right | Gauche / Left |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épaule / Shoulder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Couture omoplate /
Shoulder Girdle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coude / Elbow | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Poignet / Wrist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pelvis / Bassin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hanche / Hip | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Genou / Knee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cheville / Ankle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pied / Foot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre région / Other Region | | |

- Arthro IRM / Arthro MRI

- Épaule / Shoulder
- Poignet / Wrist
- Hanche / Hip
- Genou / Knee
- Cheville / Ankle

- Autre région anatomique / Other Body Region _____

Médecin requérant / Referring Physician _____ (Nom en caractères d'imprimerie / Print Name) _____ (Signature)

Date _____ Tél. / Tel. (_____) _____ N° Licence / License No. _____

Adresse / Address _____

Rapport final en français Final Report in English Téléc. rapport au / Fax Report to (_____) _____

Formulaire de consentement pour IRM / MRI Consent Form

Le questionnaire suivant doit être complété par le médecin traitant et le patient. / The following form must be completed by the referring doctor and the patient.

Contre-indication absolue / Absolute Contraindication

Portez-vous : / Do you have:

Oui / Yes Non / No

- un stimulateur cardiaque (pacemaker)? / an implanted cardiac defibrillator (pacemaker)?
- un clip sur un anévrisme cérébral ou sur une formation artérioveineuse? / an aneurysm clip in your head or an AAA clip?
- un implant cochléaire (oreille interne)? / a cochlear implant (internal ear)?
- un neurostimulateur (TENS)? / a neurostimulator (TENS unit)?
- une pompe à insuline implantée? / an implanted insulin pump?
- une prothèse oculaire magnétique? / a magnetic ocular implant?
- Type / Specify type _____
- un pontage coronarien? / a coronary bypass?

Si oui, obtenir un rayon X des poumons pour voir s'il y a des électrodes épiscopales et joindre le rapport à la demande. / If yes, a chest X-ray is required to evaluate if there are epicardial electrodes. Attach the report to the requisition.

Contre-indication relative / Relative Contraindication

Portez-vous : / Do you have:

Oui / Yes Non / No

- une valve cardiaque? / a cardiac valve?
- Type / Specify type _____
- un clip vasculaire, filtre, endoprothèse (stent), vasculaire, coil? / a vascular clip, filter, endoprosthesis (stent), coil?
- Quand / When _____
- Compagnie / Brand _____
- Modèle / Model _____
- un membre artificiel? / an artificial limb?
- tout autre implant ou métal (éclats d'obus, balle, matériel orthopédique)? / any other implant or metal object (shrapnel, bullets, orthopaedic material)?
- Si oui, précisez / Specify type _____
- avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? / have you ever undergone surgery?
- Si oui, précisez et quand / If yes, specify type and when _____
- un corps étranger métallique dans les yeux? / a metallic foreign object in your eyes?
- Si oui, obtenir un rayon X des orbites pour s'assurer de l'absence de résidus et joindre le rapport à la demande. / If yes, an X-ray of the orbits is required to evaluate for the presence of metallic residues. Attach the report to the requisition.
- un implant mammaire (marqueur, attaches, expandeur tissulaire)? / a breast implant (marker, clips, tissue expander)?
- Précisez / Specify _____
- Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant?
- De combien de semaines? / How many weeks? _____
- Allaites-vous? / Are you breast-feeding?
- Souffrez-vous d'allergies? / Do you have any allergies?
- Si oui, lesquelles? / If yes, specify _____
- Êtes-vous claustrophobe? / Are you claustrophobic?
- Si vous avez besoin de médication, parlez-en à votre médecin. / If you need medication, ask your physician.
- des verres de contact changeant la couleur de vos yeux? / contact lenses that change the color of your eyes?
- un stérilet? / an IUD? Compagnie / Brand _____
- des tatoos ou body piercing? / tatoos or body piercing?
- timbres dermiques? / dermal patches?

Nous sommes situés au / Our Address

5515, rue Saint-Jacques Ouest, bureau 200 (coin av. Girouard)
Montréal (Québec) H4A 2E3

Stationnement gratuit disponible / Free Parking Available

Heures d'ouverture / Opening Hours

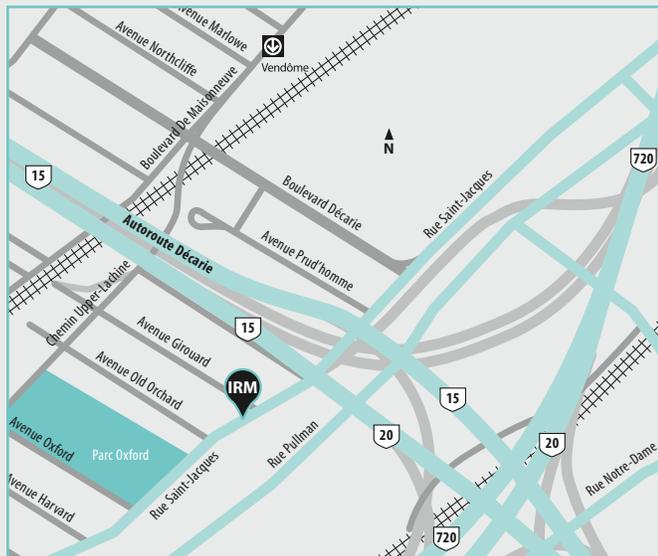
Lundi à vendredi / Mon-Fri 8h00 – 20h00
Samedi / Saturday 10h30 – 16h00

Directions depuis le métro Vendôme

- 1) En sortant du métro, aller en direction du boul. Décarie (0,2 km)
- 2) Garder la gauche sur le chemin Upper-Lachine (0,3 km)
- 3) Tourner à gauche sur l'avenue Girouard (0,3 km)
- 4) Tourner à droite sur la rue Saint-Jacques (0,1 km)
- 5) Arrivée au 5515, rue Saint-Jacques, Montréal (0,0 km)

Directions from Vendôme Metro

- 1) Once exiting Vendôme, go towards Décarie Blvd. (0.2 km)
- 2) Keep left onto Upper-Lachine Road (0.3 km)
- 3) Turn left onto Girouard Avenue (0.3 km)
- 4) Turn right onto Saint-Jacques Street (0.1 km)
- 5) Arrive 5515 Saint-Jacques Street, Montréal (0.0 km)



SVP apporter les examens radiologiques antérieurs / Please bring past radiology exams and reports

Seuls les patients habillés d'une jaquette d'hôpital seront acceptés dans la salle d'examen. Ces précautions sont pour assurer votre protection, celle du personnel ainsi que de l'équipement. / Only patients wearing a hospital gown will be allowed in the MRI exam room. These precautions are taken for your safety, the safety of the staff as well as of the equipment.

Taille / Height _____ Poids / Weight _____

Date _____

Signature du médecin traitant / Referring doctor's signature

Signature du patient / Patient's signature