

INFORMATIONS PATIENT • PATIENT INFORMATION

Nom / Name: _____

Date de naissance / Date of birth: _____

Téléphone / Phone: _____

Courriel / Email: _____

RAMQ: _____

Rapport en français **English report**

CNESST SAAQ

Compagnie / Cie

INFORMATIONS MÉDECIN TRAITANT • PHYSICIAN INFORMATION

Nom / Name: _____

Adresse / Address: _____

Téléphone / Telephone: _____

Télécopieur / Fax: _____

Signature

Licence / License

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (IMPORTANT) • CLINICAL INFORMATION (IMPORTANT)

ÉCHOGRAPHIE* (avec rendez-vous) • ULTRASOUND* (with appointment)

- ABDOMINALE / ABDOMINAL ❶
- ABDOMINALE ET PELVIENNE / ABDOMINAL AND PELVIC ❸
- PELVIENNE TRANS-VÉSICALE (ET ENDO-VAGINALE SI NÉCESSAIRE) ❷
/ TRANSVESICAL PELVIC (AND ENDOVAGINAL IF NECESSARY) ❷
- ÉCHO-DOPPLER
- RECHERCHE DE THROMBOSE (PHLÉBITE) /
DETECTION OF THROMBOSIS (PHLEBITIS)
- CAROTIDIEN / CAROTID

- THYROÏDE / THYROID
- TESTICULES / TESTICULAR
- SURFACE: _____
- MUSCULOSQUELETTIQUE / MUSCULOSKELETAL: _____
- INFILTRATION / INJECTION

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE* • MAGNETIC RESONANCE* ❹

- 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 / THORACIC SPINE
- COLONNE LOMBAIRE / LUMBAR SPINE
- ART. SACRO-ILIAQUES / S.I. JOINTS
- CONTRASTE / CONTRAST: _____

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

D/R G/L

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

- ARTHRO-RÉSONANCE / MR ARTHROGRAM: _____
- ABDOMEN / ABDOMEN
- CHOLANGIO-PANCREATO / (M.R.C.P.)
- PELVIEN / PELVIC
- CARDIAQUE / CARDIAC
- CAROTIDES / CAROTIDS
- PROSTATE / PROSTATE
TAUX DE APS / PSA LEVEL: _____
- AUTRE / OTHER: _____

TAUX DE CRÉATININE / CREATININE LEVEL ❺: _____

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.)

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE - QUESTIONNAIRE IMPORTANT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET LE PATIENT
MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) - IMPORTANT QUESTIONNAIRE TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN AND THE PATIENT

QUESTIONNAIRE (FRANÇAIS)

Nom : _____ Prénom : _____ D.D.N. _____

- Le patient est porteur de :
- | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | stimulateur cardiaque (pacemaker) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | clip(s) métallique(s) cérébral, cou, aorte ; précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | implant(s) métallique(s) ou autre ; précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | prothèse(s) : Auditive, oculaire, dentaire, capillaire, articulaire, autre ; précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | tige(s), plaque(s), clou(s), vis, suite à une fracture ou chirurgie ; précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | perçage(s) corporel(s) (body piercing) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | tatouage(s) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Autre(s) ; veuillez préciser _____ |
- Le patient :
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a subi une chirurgie dans les 12 dernières semaines. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | est claustrophobe (si oui, prévoir médication). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | est enceinte. Nb de semaine _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a des allergies; précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fait du glaucome. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a déjà été blessé aux yeux par un objet métallique; précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a déjà passé un examen de résonance magnétique; précisez _____ |

Poids du patient : _____ Taille du patient : _____

J'ai complété le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Je confirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen de résonance magnétique.

Signature du médecin : _____ Signature du patient : _____

Date : _____

QUESTIONNAIRE (ENGLISH)

Last name: _____ First name: _____ D.O.B. _____

- The patient has:
- | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | a cardiac pacemaker |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | cerebral, neck, or aorta metallic clip(s). Specify _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | metallic implant(s) or other devices. Specify _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | prosthesis(-es): auditory, ocular, dental, capillary, joint, or other. Specify _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | rod(s), plate(s), nail(s), screw(s), as a result of a fracture or surgery. Specify _____ |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | body piercing |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | tattoo(s) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Other(s), please specify _____ |
- The patient:
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | has had surgery within the last 12 weeks. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | is claustrophobic (if yes, plan medication). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | is pregnant. Num. of weeks _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | has allergies. Specify _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | has glaucoma. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | has had a prior eye injury involving a metallic foreign body. Specify _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | has already had an MRI. Specify _____ |

Patient's weight: _____ Patient's height: _____

I have completed the above questionnaire with my physician. I confirm that the information provided is accurate and I agree to undergo the magnetic resonance imaging examination.

Physician's signature: _____ Patient's signature: _____

Date : _____

S.V.P. SUIVRE LES INDICATIONS SUIVANTES - Pour les personnes de plus de 12 ans • PREPARATION INSTRUCTIONS - For patients 12 years old and up

① ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

Si l'examen a lieu en matinée, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après minuit**. Si l'examen a lieu en après-midi, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé de 4 à 6 heures** avant l'examen et surtout, **ne pas manger de gras le matin de votre examen**. Ne mâchez pas de gomme, car ceci vous fera avaler de l'air et dégradera la qualité de l'examen*. (VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU)

② ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

Vous devez vous assurer d'avoir la **VESSIE PLEINE** lors de votre arrivée au rendez-vous. Avoir terminé de boire 3 verres de 8 onces (750 ml) d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et **ne pas uriner**.

③ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

Si l'examen a lieu en matinée, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé après minuit**. Ne mâchez pas de gomme. Avoir terminé de boire 3 verres de 8 onces d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et ne pas uriner. Vous devez vous assurer d'avoir la vessie pleine lors de votre arrivée au rendez-vous.

Si l'examen a lieu en après-midi, **aucun aliment solide ou liquide ne doit être absorbé de 4 à 6 heures avant l'examen**. Ne pas manger de gras le jour de l'examen. Ne mâchez pas de gomme. Avoir terminé de boire 3 verres de 8 onces d'eau ou de jus 60 minutes avant l'examen et ne pas uriner. Vous devez vous assurer d'avoir la vessie pleine lors de votre arrivée au rendez-vous. (VOS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE PRIS AVEC UN MINIMUM D'EAU)

④ RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Apporter CD ROM et / ou films de tout examen antérieur pertinent, passé au cours de la dernière année, incluant une copie des rapports. **Pour les examens Abdomen, Cholangio-résonance et Pelvienne, il faut être à jeun (boire et manger) 6 heures avant votre examen.**

⑤ CRÉATININE

Le test de la clairance de la créatinine est offert sur place la journée même. Des frais s'appliqueront. **VOUS POUVEZ PRENDRE VOS MÉDICAMENTS AVEC UN MINIMUM D'EAU, JUSQU'À 2 HEURES AVANT VOTRE EXAMEN.**

① ABDOMINAL ULTRASOUND

If you have a morning appointment, **you must not have any solid or liquid food after midnight**. If you have an afternoon appointment, **you must not have any solid or liquid food during the 4 to 6 hours before the test**. Most importantly, **do not eat anything fatty on the morning of your exam**. Also, do not chew gum as this will cause you to inhale air and will result in a poorer quality test*. (YOU CAN TAKE YOUR MEDICATION, BUT WITH AS LITTLE WATER AS POSSIBLE.)

② PELVIC ULTRASOUND:

Be sure to have a FULL BLADDER when you arrive for your appointment. You must have finished drinking 3 glasses (8 ounces each, for a total of 750 ml) of water or juice 60 minutes before your examination and you must not urinate.

⑥ ABDOMINAL AND PELVIC ULTRASOUND

If you have a morning appointment, **you must not have any solid or liquid food after midnight**. Do not chew gum. You must have finished drinking three glasses (8 ounces each) of water or juice 60 minutes before the test and must not urinate. Make sure you have a full bladder when you arrive for your appointment.

If you have an afternoon appointment, **you must not have any solid or liquid food during the 4 to 6 hours before the test**. Do not eat anything fatty on the day of the test. Do not chew gum. You must have finished drinking three glasses (8 ounces each) of water or juice 60 minutes before the test and must not urinate. Make sure you have a full bladder when you arrive for your appointment. (YOU CAN TAKE YOUR MEDICATION, BUT WITH AS LITTLE WATER AS POSSIBLE.)

④ MRI

Bring the results (on CD or film) of any examinations you have undergone in the past 12 months, including a copy of the report. **For Abdominal and Pelvic exams and Magnetic Resonance Cholangiography, the patient must be fasting (no food and drink) for 6 hours before the exam.**

⑤ CREATININE

The creatinine clearance test can be performed on-site the same day; additional charges will apply. **YOU CAN CONTINUE TAKING YOUR MEDICATION, WITH ONLY A LITTLE WATER, UP UNTIL 2 HOURS BEFORE THE EXAMINATION.**

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.

COORDONNÉES DES CLINIQUES • CLINIC CONTACT INFORMATION

LAVAL
300, boul. Concorde Est
Laval (Québec) H7G 2E6

3030, boul. Le Carrefour, bureau 503
Laval (Québec) H7T 2P5

MONTRÉAL
5811, Chemin de la Côte-des-Neiges
Montréal (Québec) H3S 1Z2

MONTÉRÉGIE
4105, boulevard Matte
Brossard (Québec) J4Y 2P4

POUR NOUS REJOINDRE • TO JOIN US

Téléphone / Phone: 514 341-5253
Sans frais / Toll-free: 1 866 668-7376

Courriel / Email: info@medvue.ca

Web: medvue.ca
Télécopieur / Fax: 514 341-9816