

INFORMATION DES PATIENTS	INFORMATION SUR LE MÉDECIN RÉFÉRENT
--------------------------	-------------------------------------

Prénom _____
 Nom de famille _____
 D.D.N _____
 Téléphone _____
 Courriel _____

Date AAAA / MM / JJ
 Nom du médecin _____ Permis # _____
 Adresse _____
 Téléphone _____ Télécopieur : _____
 Signature _____

INFORMATIONS CLINIQUES – Obligatoires

* IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE [IRM] – sur rendez-vous uniquement ①
--

<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> C.A.I.	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Bassin (uterus, ovaires, etc.)	<input type="checkbox"/> Tissus mou
<input type="checkbox"/> ARM – Polygone de Willis	<input type="checkbox"/> MRA – Cou (carotide)	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Bassin (osseux)	<input type="checkbox"/> Arthrographie IRM, préciser: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D _____
<input type="checkbox"/> Selle turcique	<input type="checkbox"/> Tissus mous du cou	<input type="checkbox"/> Biopsie guidée par IRM	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Pharynx	<input type="checkbox"/> Abdomen (foie reins, etc.)	<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	
<input type="checkbox"/> Orbites	<input type="checkbox"/> Plexus brachial	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire	

RAYONS-X – sans rendez-vous

Tête Cou	Poumons Côtes Abdomen	Colonne Vertébrale Bassin	Membres supérieurs	Membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Massif facial <input type="checkbox"/> Maxillaire <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Mastoïde <input type="checkbox"/> A.T.M. <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen (reins, uretères et vessie) <input type="checkbox"/> Série abdominale	<input type="checkbox"/> Colonne Cervicale <input type="checkbox"/> Colonne Dorsale <input type="checkbox"/> Colonne Lombaire <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Série scoliotique	<input type="checkbox"/> Articulations acromio-claviculaires <input type="checkbox"/> Articulations sternoclaviculaires <input type="checkbox"/> Âge osseux <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Omoplate <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Humérus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D (Tibia) <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Talon <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Mesures des membres inférieurs Orthodiagraphie

MAMMOGRAPHIE DENSITOMÉTRIE – sans rendez-vous

<input type="checkbox"/> Diagnostique ② <input type="checkbox"/> * Depistage ② <input type="checkbox"/> Agrandissement (vues supplémentaires) ② <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	 <input type="checkbox"/> Densitométrie osseuse ③ (inclus le profil de la colonne vertébrale dorso-lombaire) Date du dernier examen: AAAA / MM / JJ <input type="checkbox"/> + Lipo
--	---

TRAITEMENT MUSCULO-SQUELETTIQUE – sur rendez-vous uniquement ④
--

TRAITEMENT MUSCULO-SQUELETTIQUE	FLUOROSCOPIE MUSCULO-SQUELETTIQUE
<input type="checkbox"/> Diagnostique par échographie et injection de cortisone, région : _____ <input type="checkbox"/> Ponction ou aspiration de kyste, région : _____ <input type="checkbox"/> Lavage au calcium, région : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Arthrographie et injection de cortisone, région : _____ <input type="checkbox"/> Arthrographie distensive, région : _____ <input type="checkbox"/> Répéter 3 fois si nécessaire <input type="checkbox"/> Bloc(s) facettaire(s) lombaire(s), niveaux : _____

ÉCHOGRAPHIE – sur rendez-vous uniquement
--

ÉCHOGRAPHIES GÉNÉRALES	ÉCHOGRAPHIE MUSCULO-SQUELETTIQUES	ÉCHOGRAPHIE VASCULAIRES																		
<input type="checkbox"/> Abdominale ⑤ <input type="checkbox"/> Bassin ⑥ <input type="checkbox"/> Endovaginale <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Surface <input type="checkbox"/> Prostate	<table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sein</td> <td><input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> <td><input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Testicules</td> <td><input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> <td><input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rénal</td> <td><input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Testicules	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Rénal	<input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D			<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D			<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D			<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> Doppler carotidien <input type="checkbox"/> Doppler hépatique <input type="checkbox"/> Doppler rénal, y compris l'abdomen <input type="checkbox"/> Doppler veineux (membre supérieur ou inférieur) <input type="checkbox"/> Doppler artériel (membre supérieur ou inférieur)
<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D																		
<input type="checkbox"/> Testicules	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D																		
<input type="checkbox"/> Rénal	<input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D																			
	<input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D																			
	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D																			
	<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D																			
		ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES																		
		<input type="checkbox"/> Examen obstétrical pelvien du premier trimestre (cœur du fœtus et datation) ⑦ <input type="checkbox"/> Nombre de follicules																		

* MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TOMODENSITOMÉTRIES – sur rendez-vous 2345 RUE GUY [514-933-5885] ⑧
--

CT SCANS	SCINTIGRAPHIES				
<input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Perfusion myocardique (MIBI) <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique (MUGA) <input type="checkbox"/> Rénal <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Tc99mm <input type="checkbox"/> Iode123				
<input type="checkbox"/> Enteroscan <input type="checkbox"/> Canaux auditifs internes <input type="checkbox"/> Angioscan <input type="checkbox"/> Coloscopie virtuelle <input type="checkbox"/> Autre : _____ Taux de créatinine: _____	<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique, préciser : _____ <table style="width:100%; background-color: #e0e0e0; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2">TEP/CT</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TEP en oncologie ⑩</td> <td><input type="checkbox"/> TEP neurologie : FDG <input type="checkbox"/> Amyloid <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Parathyroïdes <input type="checkbox"/> Vidange gastrique <input type="checkbox"/> DAT SPECT <input type="checkbox"/> Globules blancs (Infection) <input type="checkbox"/> Globules rouges (Hémangiomes) <input type="checkbox"/> Autre : _____	TEP/CT		<input type="checkbox"/> TEP en oncologie ⑩	<input type="checkbox"/> TEP neurologie : FDG <input type="checkbox"/> Amyloid <input type="checkbox"/>
TEP/CT					
<input type="checkbox"/> TEP en oncologie ⑩	<input type="checkbox"/> TEP neurologie : FDG <input type="checkbox"/> Amyloid <input type="checkbox"/>				

QUESTIONNAIRE POUR L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) ET L'INJECTION GUIDÉE PAR FLUOROSCOPIE

Questionnaire important à remplir par le médecin et le patient.

Poids: _____ Grandeur : _____

Oui	Non		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale (2 derniers mois) avec clips ou prothèse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments hypoglycémisants, liste _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous un cycle menstruel à chaque mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres médicaments, liste _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrophobie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabétique? Si oui, quel type _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulateur cardiaque, défibrillateur, stent, fragment d'électrode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pompe à insuline implantée par voie sous-cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shunt ventriculaire métallique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse articulaire - site: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clips pour anévrisme cérébral, aortique, cervical ou autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture traitée par tige, plaque, vis, clous - site: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filtre « Birdnest » (« parapluie »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tringle(s) en cortile ou en harrington - site: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implants cochléaires (oreille interne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clips, sutures ou filet métallique - site: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implants oculaires magnétiques (ou fragment magnétique dans l'œil) ⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shrapnel ou projectile d'arme à feu - site : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant pévien magnétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie antérieure avec du métal - date : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies aux agents de contraste (iode, gadolinium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patch médicamenteux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réactions antérieures aux agents de contraste : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pansement médicamenteux (avec AG / Argent)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute autre allergie (latex, etc.): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatouage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection antérieure de produit de contraste (iode ou gadolinium) pour un scanner, un cathétérisme cardiaque, des calculs rénaux ou une IRM au cours des 48 dernières heures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des hormones, liste _____

J'ai rempli et examiné le questionnaire ci-dessus avec mon médecin. Les informations sont correctes et complètes, et je consens à l'examen.

Signature du patient

Signature du médecin

AAAA / MM / JJ

Date

RAPPELS IMPORTANTS

Veuillez vous munir de ce formulaire, des images précédentes et de votre carte d'assurance maladie le jour de l'examen. Vérifiez la date d'expiration de votre carte d'assurance maladie. Si vous êtes enceinte ou pensez l'être, veuillez en informer la technologue AVANT l'examen.

- | | | |
|---|---|---|
| <p>❶ Imagerie par résonance magnétique (IRM) - Pour les IRM abdominales, pelviennes et mammaires, vous devez rester à jeun (sans manger ni boire) pendant quatre (4) heures avant l'examen. REMARQUE : Tous les examens d'IRM sont des services non assurés par la RAMQ. Des frais s'appliquent.</p> <p>❷ Traitement musculo-squelettique - L'ordonnance pour le traitement musculo-squelettique sera envoyée à notre pharmacie, située dans notre bâtiment. Veuillez récupérer votre médicament et l'apporter lors de votre rendez-vous.</p> <p>❸ Échographie abdominale - Restez à jeun (sans manger ni boire) pendant quatre à six (4 à 6) heures avant l'examen et ne mâchez pas de chewing-gum avant l'examen. VOUS POUVEZ PRENDRE TOUS LES MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES, MAIS AVEC PEU D'EAU.</p> <p>❹ Médecine nucléaire, TEP/CT et tomодensitométries - REMARQUE : Ces examens sont des services non assurés par la RAMQ. Des frais s'appliquent.</p> | <p>❺ Mammographie - N'utilisez pas de déodorant, de parfum, de poudre ou de lotion corporelle le jour de l'examen. Si votre mammographie précédente a été effectuée ailleurs, apportez les images (CD) et le rapport pour comparaison. NOTE : Les mammographies de dépistage sont un service non assuré par la RAMQ dans notre clinique. Des frais s'appliquent.</p> <p>❻ Échographie pelvienne - Vous devez boire quatre verres d'eau de 8 oz (960 ml au total) 1 heure avant l'examen et ne pas avoir uriné.</p> <p>❼ Implant ou fragment oculaire - Si vous n'êtes pas sûr d'avoir un implant oculaire ou un fragment dans l'œil, faites une radiographie de l'orbite avant l'examen.</p> | <p>❽ Densitométrie osseuse - Le patient ne doit pas avoir subi d'examen au baryum ou en médecine nucléaire dans les quatorze (14) jours précédant son rendez-vous avec nous. NE PAS PRENDRE DE SUPPLÉMENTS DE CALCIUM OU DE VITAMINES DANS LES 24 HEURES PRÉCÉDANT LE JOUR DE L'EXAMEN.</p> <p>❾ Échographie obstétricale pelvienne - Pour le premier trimestre et le dépistage prénatal, buvez deux verres d'eau de 8 oz (480 ml au total) 1 heure avant l'examen et ne pas uriner.</p> <p>❿ TEP Oncologie - Pour la TEP PSMA ou PLUVICTO, utilisez nos références dédiées que vous trouverez sur notre site web.</p> |
|---|---|---|

OÙ NOUS TROUVER

Pour connaître les heures d'ouverture, veuillez consulter notre site web, car les horaires varient selon les départements.

IRM, radiographie, échographie, mammographie
Fluoroscopie, ostéodensitométrie
1538 rue Sherbrooke O, Suite 1010
Montréal, Québec H3G 1L5
T: 514-933-2778
F: 514-933-4728
C: rad@vmmed.com
www.vmmed.com

Médecine nucléaire, PET/CT, CT Scan
2345 rue Guy
Montréal, Québec H3H 2L9
T: 514-933-5885
F: 514-933-4646
C: petct@vmmed.com
www.vmmed.com

