



Clinique d'IRM et d'échographie
MRI and Ultrasound Clinic

5515, rue Saint Jacques Ouest, bureau 200
Montréal (Québec) H4A 2E3
Tél.: 514 484-8484 www.irmsudouest.com
Fax: 514 484-8400 info@irmsudouest.com

IRM 1.5T Concept Ouvert / 1.5T Open Bore MRI

Formulaire de réquisition / Requisition Form

Prénom/ Surname : _____ Nom/ Name : _____ DDN / DOB : ____/____/____ I/D M/M A/Y

Email : _____ Téléphone : _____

Dossier/File # : CSST : _____ SAAQ : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / CLINICAL INFORMATION

ÉCHOGRAPHIE / ULTRASOUND

- Abdominale / Abdominal
- Pelvienne / Pelvis
- Endo- vaginale / Endo- vaginal
- Mammaire / Breast
- Obstétrique / Obstetrics
 - 1er Trimestre / 1st trimester
 - Viabilité / Viability
 - Datation/Dating
 - 2eme Trimestre / 2nd Trimester
 - 3eme Trimestre / 3rd Trimester
- Thyroïde et cou / Thyroid and neck
- Tissu Mou et Surface / Soft Tissue and Surface
- Testiculaires / Testicular
- Doppler Artériels / Arterial doppler
- Doppler Veineux / Veinous Doppler
- Musculo-Squelettique / MSK
Région : _____
- Écographie pédiatrique / Pediatric ultrasound : _____
- Autre /Other : _____

Intervention

- Infiltration Musculo-squelettique / Infiltration MSK :
Région : _____
- Lavage calcique de l'épaule / Shoulder calcific lavage :
Région : _____
- Arthro-distensive /Arthro-distension
- Autre /Other : _____

IRM / MRI

- Cerveau / Brain
 - Cou / Neck
 - Hypophyse / Pituitary
 - CAI / IACs
 - Orbites
 - Rachis / Spine segment:
 - Cervical / Cervical
 - Dorsal / Dorsal
 - Lombar / Lumbar
 - Articulations Sacro-iliaques / S-I joints
 - ATM (Temporo-Mandibulaires)/TMJ (Temporomandibular)
 - Plexus brachial / Brachial plexus
 - Tissus mou du cou / Soft tissue neck
 - Angiographie / Angiography site : _____
 - Thorax
 - Abdomen
 - Pelvien / Pelvic
 - Bassin / Bony pelvis
 - Prostate
- | | Droit/Right | Gauche/Left | Arthro |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épaule / Shoulder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Omoplate / Scapula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coude / Elbow | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Poignet / Wrist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hanche / Hip | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Genou / Knee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cheville / Ankle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pied / Foot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre / Other: | | | |

MÉDECIN TRAITANT / REFERRING PHYSICIAN

Nom : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____

#Licence / #License : _____ Email : _____

Signature : _____ Rapport final en Français Final Report in English

Avec contraste / with contrast Créatinine _____ GFR _____ Une créatinine est demandée pour tous les patients âgés de 60 ans et plus ou diabétique avec une fonction rénale anormale. Les résultats devront être envoyés à la clinique avant le rendez-vous. / Creatinine results are required for all patients over 60 years old, diabetic, or have abnormal renal function. The results should be sent to the clinic before the appointment.

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-indications absolue / Absolute Contraindications

- | Portez-vous : / Do you have : | O/Y | N |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - un stimulateur cardiaque (pacemaker)? /
an implanted cardiac defibrillator (pacemaker)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un clip sur un anévrisme cérébral ou sur une formation
artéro-veineuse? / an aneurysm clip in your head
or an AAA clip? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un implant cochléaire (oreille interne)? /
a cochlear implant (internal ear)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un neurostimulateur (TENS)? / a neurostimulator (TENS unit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une pompe à insuline implantée? /
an implanted insulin pump? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une prothèse oculaire magnétique? /
a magnetic ocular implant?
Type/ Specify type _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un pontage coronarien? / a coronary bypass?
Si oui, obtenir un rayon-X. / If yes, a chest X-ray is required. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un corps étranger métallique dans les yeux? /
a metallic foreign object in your eyes?
Si oui, un rayon-X des orbites est demandé. /
If yes, an X-ray of the orbits is required. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nous sommes situés au / Our Address

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

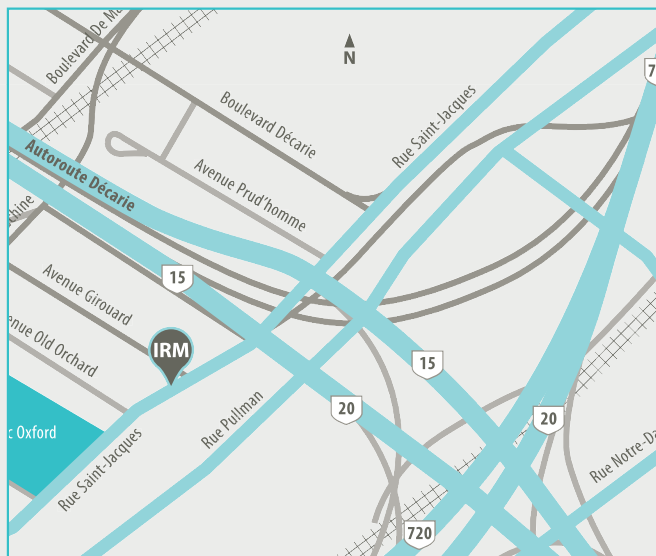
Stationnement gratuit disponible / Free parking available

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 Ouest, Montréal

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 at 5515 Saint-Jacques Street West, Montreal



Contre-indications relatives/ Relative Contraindications

- | Portez-vous : / Do you have: | O/Y | N |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - une valve cardiaque? / a cardiac valve?
Type / Specify type: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un clip vasculaire, filtre, endoprothèse (stent), vasculaire, coil? /
a vascular clip, filter, endoprosthesis (stent), coil?
Quand / When _____
Compagnie / Brand _____
Modèle / Brand _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un membre artificiel? / and artificial limb? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - tout autre implant ou métal? (éclats d'obus, balle, matériel
orthopédique)? / any other implant or metal object (shrapnel,
bullet, orthopaedic material)?
Si oui, précisez / Specify type: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? /
have you ever undergone surgery?
Si oui, précisez et quand / Specify type and when:
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un implant mammaire (marqueur, attache, expandeur
tissulaire)? / a breast implant (marker, clips, tissue expander)?
Précisez / Specify _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant?
De combien de semaines? / How many weeks? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Allaitiez-vous? / Are you breast-feeding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Souffrez-vous d'allergies? / Do you have any allergies?
Si oui, lesquelles? / If yes, specify:
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous claustrophobe? / Are you claustrophobic?
Si vous avez-besoin d'être médicamenté, parlez-en à votre
médecin. / If you need medication, speak with your physician. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Des verres de contact changeant la couleur de vos yeux? /
Contact lenses that change the color of your eyes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Un stérilet? / An IUD? Compagnie / Brand: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Des tatouages ou piercings? / Tattoos or body piercing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Timbres dermiques? / Dermal patches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SVP nous fournir vos rapports et examens radiologiques antérieurs / Please provide previous radiology exams and reports.

Seuls les patients habillés d'une jacquette 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 the equipment.

Taille / Height _____ Poids / Weight _____

Date _____

Signature du médecin traitant / Referring doctor's signature

Signature du patient / Patient's signature