



La santé avant tout

# Rendez-vous/Appointments: 514-670-9967

## Centre d'imagerie médicale Medical Imaging Centre

500, rue Sherbrooke Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3A 3C6

## Centre de résonance magnétique MRI Scan Centre

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

Nom/Family name \_\_\_\_\_ Prénom/First name \_\_\_\_\_

Nom à la naissance/Maiden name \_\_\_\_\_ DDN/DOB \_\_\_\_\_  
AAAA/YYYY / MM/MM / JJ/DD

Adresse/Address \_\_\_\_\_

N° de téléphone résidence/Home telephone # \_\_\_\_\_ N° de téléphone bureau/Work telephone # \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques/Clinical info \_\_\_\_\_

Allergies connues/Known allergies \_\_\_\_\_ Poids/Weight \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
KG LBS

Rapport en français  Report in English  DC/CD Télécopier rapport au N°/Fax report to #: \_\_\_\_\_

Médecin requérant/Referring physician \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie/Print name) (Signature)

Date \_\_\_\_\_ N° de téléphone/Telephone # \_\_\_\_\_ N° de licence/License # \_\_\_\_\_

CSST  SAAQ N° de dossier/File # \_\_\_\_\_ Date de l'événement/Date of event \_\_\_\_\_

Nom de l'agent/Agent name \_\_\_\_\_ N° de télécopieur/Fax # \_\_\_\_\_

### Tomodensitomètre/CT Scan

**Contraste/Contrast\***

**\* Contraste maintenant disponible/Contrast now available**

- Scoring cardiaque • Coronary artery calcium scoring**
- Colonographie virtuelle • Virtual colonoscopy**
- Imagerie pulmonaire • Lung scan**
- Cérébrale • Brain
- Sinus • Sinuses
- Nasopharynx
- Cou-ORL • Neck-ENT \_\_\_\_\_
- Abdomen
- Bassin/Hanche • Pelvis/Hip
- Rachis • Spine
  - Cervicale • Cervical
  - Thoracique • Thoracic
  - Lombaire • Lumbar
- Articulations sacro-iliaques • S.I. joints
- Musculosquelettique • MSK \_\_\_\_\_
- Autre • Other \_\_\_\_\_

### Échographie/Ultrasound

- Abdomen/pelvienne • Abdomen/Pelvis
- Cou • Neck
- Pelvienne (Endo-vaginale) • Pelvis (Endo-vaginal)
- Scrotal
- Carotides • Carotid
- Thyroïde • Thyroid
- Musculosquelettique • MSK \_\_\_\_\_
- Partie du corps • Body part \_\_\_\_\_

### Doppler

- Carotide • Carotid
- Veineux - membre supérieur • Venous - Upper Limb
- Veineux - membre inférieur • Venous - Lower Limb
- Rénale • Renal
- Hépatique • Hepatic

### Médecine nucléaire/Nuclear Medicine

- Perfusion Myocardique 99m Tc sestamibi • Myocardial perfusion 99m Tc sestamibi
  - Tapis roulant • Treadmill
  - Dipyridamole • Dipyridamole (Persantin)
- Scintimammographie • Scintimammography
- Scintigraphie de la thyroïde • Thyroid scan
- Scintigraphie des parathyroïdes • Parathyroid scan
- Scintigraphie osseuse • Bone scan
- Scintigraphie rénale standard • Standard renal scan
- Scintigraphie rénale lasix • Lasix renal scan
- Scintigraphie rénale captopril • Captopril renal scan
- Scintigraphie de perfusion pulmonaire • Perfusion lung scan
- Scintigraphie hépatique aux globules rouges marqués • Liver scan with labelled red blood cells
- Scintigraphie hépato-splénique • Liver and spleen scan
- Scintigraphie au Gallium • Gallium scan
- Autre • Other \_\_\_\_\_

### IRM/MRI

**Contraste/Contrast**

Nouveau IRM 1.5T HD en addition à notre IRM à aire ouverte  
New HD 1.5T MRI in addition to our existing "open-air" MRI

**SVP, compléter l'endos/Please complete back**

- Abdomen \_\_\_\_\_
- Cerveau • Brain
- Vertèbres cervicales • Cervical vertebrae
- Vertèbres thoraciques • Thoracic vertebrae
- Vertèbres lombaires • Lumbar vertebrae
- Épaule • Shoulder (gauche/left - droite/right)
- Coude • Elbow (gauche/left - droit/right)
- Poignet • Wrist (gauche/left - droit/right)
- Pelvis/Hanche • Pelvis/Hip (gauche/left - droite/right)
- Genou • Knee (gauche/left - droit/right)
- Cheville • Ankle (gauche/left - droite/right)
- Pied • Foot (gauche/left - droit/right)
- Autres/renseignements • Other/clinical notes

### Formulaire de consentement pour IRM/MRI Consent Form

- |                                     |                              |                              |                                   |                              |                             |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1) Êtes-vous claustrophobe?         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 1) Are you claustrophobic?        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2) Êtes-vous porteur d'un(e) :      |                              |                              | 2) Do you have:                   |                              |                             |
| a) stimulateur cardiaque?           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | a) a cardiac pacemaker?           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| b) clip sur un anévrisme cérébral?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | b) a clip on cerebral aneurysm?   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| c) prothèse oculaire ou cochléaire? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | c) an ocular or cochlear implant? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| d) corps étranger intra-oculaire?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | d) an ocular foreign body?        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| e) implant pénien?                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | e) a penile implant?              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

3) Énumérez les chirurgies antérieures ou pièces métalliques dans votre organisme :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(exemple : prothèse, tige, agrafes chirurgicales, perçage corporel)

3) List past surgeries and/or any metal in your body:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(i.e. prosthesis, rod, surgical clips, body piercing)

4) Êtes-vous enceinte? Si oui, de combien de semaines? \_\_\_\_\_

J'ai revu avec mon médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen par résonance magnétique.

4) Are you pregnant? If yes, how many weeks? \_\_\_\_\_

I have reviewed the above questionnaire with my physician. The information is correct and complete and I consent to the Magnetic Resonance Imaging Examination.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient/Patient's signature

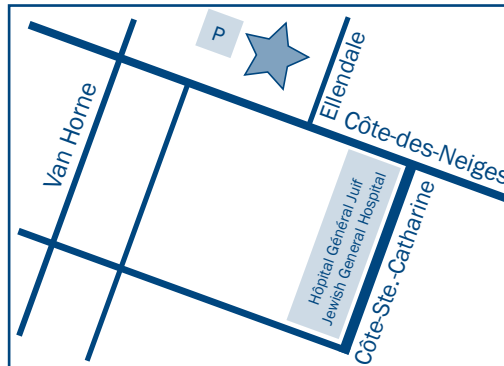
\_\_\_\_\_  
Date

#### Centre de résonance magnétique MRI Scan Centre

5811, chemin de la Côte-des-Neiges  
Montréal (Québec) H3S 1Z2  
T 514-670-9967 F 514-341-9816

**Stationnement gratuit disponible à proximité de la clinique.**

Free parking available beside the clinic.



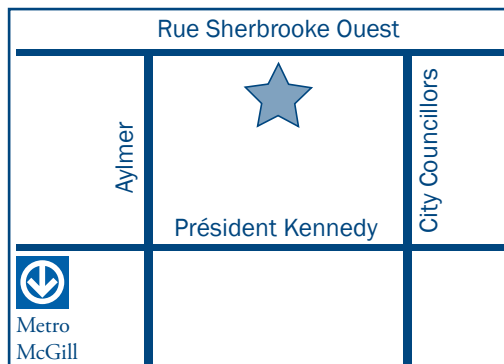
**Veillez vous présenter à cette clinique pour les procédés d'IRM seulement.**

Please present yourself at this clinic for all MRI procedures only.

**Veillez vous assurer de vous présenter à la bonne clinique**  
Please be sure to present yourself at the correct clinic

#### Centre d'imagerie médicale Medical Imaging Centre

500, rue Sherbrooke Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3A 3C6  
T 514-670-9967 F 514-845-4842



**Veillez vous présenter à cette clinique pour les procédés suivants :**  
- Tomodensitométrie  
- Médecine nucléaire  
- Échographique

Please present yourself at this clinic for only the following procedures:

- CT Scan
- Nuclear Medicine
- Ultrasound