

FAXER AU 514 523-2913

Rayon-X spécifiez :

.....

.....

Examens spéciaux

- Mesure membres inférieurs Série articulaire
- Infiltration : Série métastatique
-

Ostéodensitométrie (La RAMQ couvre un seul examen par année)

Date du dernier examen :

Mammographie (La patiente doit apporter ses mammographies antérieures)

- Dépistage 40 ans et plus Diagnostique
- Cochez si vous désirez que nous complétions l'investigation suite à la mammographie.
(Cl. magnifiés, échographie ou biopsie mammaire. - Nous communiquerons avec votre patiente afin de lui donner un rendez-vous pour les examens requis. Vous recevrez par la suite les résultats des examens effectués.)

Échographie

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdominale | <input type="checkbox"/> Seins |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Abdominale et pelvienne | <input type="checkbox"/> Testicules |
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} Trimestre (moins de 12 sem.) | <input type="checkbox"/> Membres..... |
| <input type="checkbox"/> Doppler..... | <input type="checkbox"/> Tissus mous |
-

Nom :

Adresse :

Date de prescription :

- Urgent Rapport préliminaire

Renseignements cliniques

Allergie :

.....

**REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO ET LE FAXER
(RECTO-VERSO) AU 514 523-2790**

Tomodensitométrie (Scan) **Résonance magnétique**

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cerveau (incluant fosse post.) | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle |
| <input type="checkbox"/> Sinus (massif facial) | <input type="checkbox"/> Pelvien | <input type="checkbox"/> Score calcique |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Colonne | | |
| <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire : | | |

Médecin référent : N° pratique :

N° téléphone : Rapport faxé au :

Adresse :

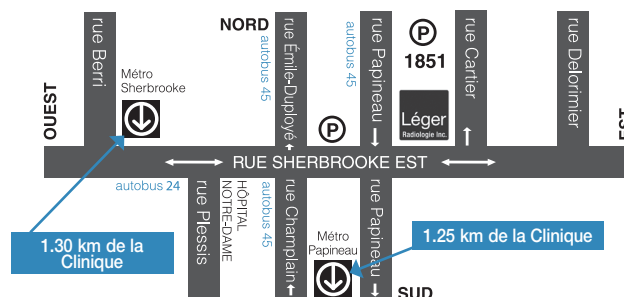
Estampe du médecin référent

Heures d'ouverture - Lundi au vendredi : 8h00 à 16h30 - Samedi : 9h00 à 14h00, Rayon-X uniquement

Les heures d'ouverture peuvent varier. S.V.P. téléphoner avant de vous présenter à la clinique.

IMPORTANT

- Vous pouvez prendre vos **médicaments** avec un minimum d'eau jusqu'à deux heures avant votre examen. (sauf pour comprimé de calcium)
- Apportez cette feuille le jour de l'examen et votre carte d'assurance maladie. (vérifiez la date d'expiration)**
- Veillez apporter vos images sur CD et copie des rapports antérieurs.**
- Si vous êtes enceinte, veuillez en aviser la technologue avant votre examen.



INSTRUCTIONS

OSTÉODENSITOMÉTRIE : vous ne devez pas subir d'examens avec baryum ou en médecine nucléaire 2 semaines avant l'examen.

- Ne pas prendre de comprimés de calcium 24 heures avant l'examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE : à jeun 6 heures avant l'examen (sans boire, ni manger).

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE : vous pouvez boire et manger normalement.

- Vous devez avoir terminé de boire 750 ml d'eau 1 heure avant le début de l'examen.
- Ne pas uriner avant votre examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE : à jeun 6 heures avant l'examen (sans boire, ni manger).

- Pour l'échographie pelvienne, une heure avant l'examen, buvez 750 ml d'eau et ne pas uriner.

CT-SCAN : à jeun depuis au moins 4 heures (si injection). Veuillez apporter vos images sur CD et copie des rapports antérieurs.

QUESTIONNAIRE POUR TOMODENSITOMÉTRIE - CT-SCAN ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE AVEC INJECTION (À être complété par le médecin traitant.)

Facteurs de risque d'insuffisance rénale : Diabète : oui non Allergie :

Patient(e) de 60 ans et plus : oui non

Créatinine (si possible) : date :

— S.V.P. Rappeler à votre patient d'apporter ses images sur CD et copie des rapports antérieurs. —

QUESTIONNAIRE POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE SEULEMENT (À être complété par le médecin traitant.)

- | OUI | NON | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip sur anévrisme ou sur malformation artério-veineuse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pontage coronarien <small>(le patient doit apporter une radiographie pulmonaire effectuée après la chirurgie, sinon elle sera faite à la clinique.)</small> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blessure par corps étranger métallique aux yeux. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La patiente est-elle enceinte (Nombre de semaines.....) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poids supérieur à 155 kg (350 livres) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobe |

— S.V.P. Rappeler à votre patient d'apporter ses images sur CD et copie des rapports antérieurs —

X
Signature du médecin Date

X
Signature du patient Date