

FAXER AU 514 523-2913

Rayon-X spécifiez :

Examen Digestif

Lavement baryté (pour préparation, voir verso)

Examens spéciaux

- Fluoroscopie pulmonaire Série articulaire
 Mesure membres inférieurs Série métastatique
 Bloc facettaire :

Infiltration :

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

- Abdominale Doppler.....
 Échographie abdominale et pelvienne Thyroïde
 Pelvienne Testicules
 1^{er} Trimestre (moins de 12 sem.)
 Hystérosonographie Membres.....
 Seins Tissus mous

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

Tomodensitométrie (Scan) **Résonance magnétique**

- Cerveau (incluant fosse post.) Abdomen Colonoscopie virtuelle
 Sinus (massif facial) Pelvien Score calcique
 Mastoïdes Thorax Artères coronariennes
 Colonne
 Ostéo-articulaire :
 Autre :

Nom :

Adresse :

Date de prescription :

- Urgent Rapport préliminaire

Renseignements cliniques

Allergie :

Médecin référant : N° pratique :

N° téléphone : Rapport faxé au :

Adresse :

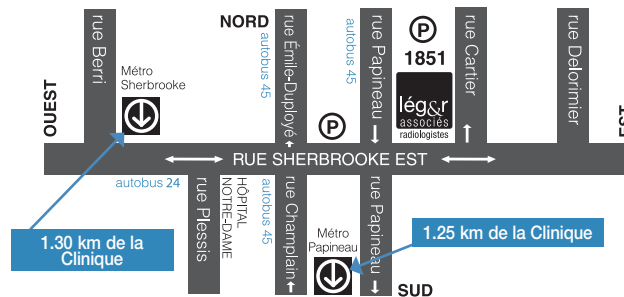
Estampe du médecin référant

Heures d'ouverture - Lundi au vendredi : 8h00 à 16h00 - Samedi : 9h00 à 14h00, Graphie 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 examens et rapports antérieurs.
- Si vous êtes enceinte, veuillez en aviser la technologue avant votre examen.



INSTRUCTIONS

* LAVEMENT BARYTÉ : diète liquide le jour précédant l'examen.

- Vous pouvez consommer les aliments suivants en quantité illimitée : jus de fruits sans pulpe, bouillons ou consommés clairs, jello, thé et café (sans lait, ni crème), liqueurs douces. ■ Les aliments qui laissent un résidu dans le côlon sont les fibres de la viande, les légumes, les noix, le lait et les produits laitiers. Il faut éviter d'en manger. Boire 250 ml d'eau par heure de 13 h à 15 h la veille. ■ Boire **295 ml de citromag** réfrigéré (citrate de magnésie) à **16h00 la veille de l'examen**. ■ Prendre **3 comprimés de dulcolax** (5mg chacun, soit 15mg en tout) à **19h00 la veille de l'examen**. ■ À jeun à compter de minuit la veille de l'examen sans boire ni manger (pas même d'eau), jusqu'à ce que l'examen soit terminé. Toutefois il est permis de prendre vos médicaments (sauf l'insuline) avec très peu d'eau le matin de l'examen. ■ Introduire **1 suppositoire de dulcolax** dans le rectum le matin au lever et le retenir de 10 à 20 minutes.

Ces produits sont disponibles en vente à la pharmacie à la sortie de l'édifice ou à toute autre pharmacie de votre choix.

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). Apportez vos examens et 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 :

— Le patient doit apporter ses examens et rapports antérieurs. —

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

OUI NON

Clip sur anévrisme ou sur malformation artério-veineuse

Stimulateur cardiaque

Implant cochléaire

Pontage coronarien (le patient doit apporter une radiographie pulmonaire effectuée après la chirurgie, sinon elle sera faite à la clinique.)

Blessure par corps étranger métallique aux yeux.

La patiente est-elle enceinte (Nombre de semaines.....)

Poids supérieur à 155 kg (350 livres)

Chirurgies antérieures (spécifiez) :

— Le patient doit apporter ses examens et rapports antérieurs. —

X

.....
Signature du médecin

.....
Date

X

.....
Signature du patient

.....
Date