

1851, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec H2K 4L5

T. : 514 523-2121 F : 514 526-9147

www.legerradiologie.qc.ca

2^e étage
(suite 201)

Radiologie générale | Scan | Échographie | Ostéodensitométrie
Résonance magnétique (Après 17 h : 3^e étage, bureau 16)

3^e étage
(suite 310)

Imagerie du sein | Mammographie | Échographie du sein
Accrédité PQDCS

FAXER AU 514 526-9147 ou reception@legerradiologie.qc.ca

Rayon-X spécifiez :

Examens spéciaux

- Infiltration : (sous fluoroscopie) Série articulaire
- (sous échographie) 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

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

Nom :

Adresse :

Date de prescription :

Urgent

Rapport préliminaire

Renseignements cliniques

Allergie :

.....

.....

.....

Estampe du médecin référant

Médecin référant : N° pratique :

N° téléphone : Rapport faxé au :

Adresse :

**REPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO ET LE FAXER
(RECTO-VERSO) AU 514 523-2790 ou reception@legerradiologie.qc.ca**

Tomodensitométrie (Scan) **Résonance magnétique**

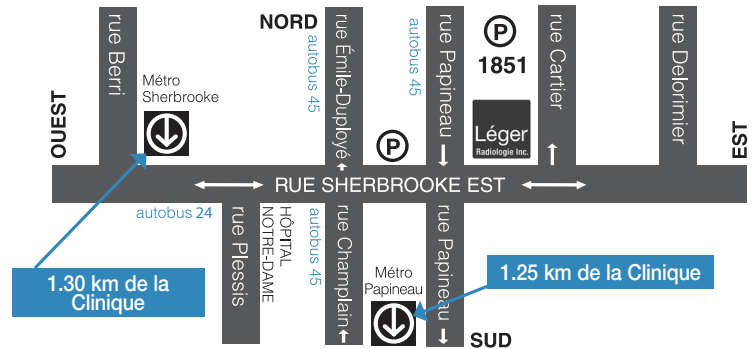
- Cerveau (incluant fosse post.) Abdomen Colonoscopie virtuelle
- Sinus (massif facial) Pelvien Score calcique
- Mastoïdes Thorax Autre :
- Colonne
- Ostéo-articulaire :

Heures d'ouverture - Lundi au vendredi : 8h00 à 16h30

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

IMPORTANT

- Apportez cette feuille le jour de l'examen et votre carte d'assurance maladie. (vérifiez la date d'expiration)
- Veuillez 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, ni de vitamines D 24 heures avant l'examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE : à jeun 6 heures avant l'examen.
(Sans boire, ni manger - la prise de vos médicaments est permise avec un minimum d'eau seulement)

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 - la prise de vos médicaments est permise avec de l'eau)

- 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.

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT

QUESTIONNAIRE POUR TOMODENSITOMÉTRIE - CT-SCAN ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE AVEC INJECTION

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

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

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

Créatinine (si possible) : date :

QUESTIONNAIRE POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE SEULEMENT

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