



**Réso-Médic (Privé)**  
1575, boul. de l'Avenir, suite 110  
Laval (Québec) H7S 2N5  
**450-668-3246**  
**1-877-664-3246**  
Télécopieur : 450-668-3245  
www.echo-medic.com  
rendezvous@echo-medic.com

**Écho-Médic (Public)**  
1575, boul. de l'Avenir, suite 110  
Laval (Québec) H7S 2N5  
**450-668-3246**  
**1-877-664-3246**  
Télécopieur : 450-668-3245  
www.echo-medic.com  
rvecpublic@echo-medic.com

**Écho-Médic (Privé)**  
20865, chemin de la Côte-Nord, suite 201  
Boisbriand (Québec) J7E 4H5  
**450-818-0340**  
Télécopieur : 450-818-0343  
www.echo-medic.com  
rendezvous@echo-medic.com

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

CSST  SAAQ Numéro de dossier: \_\_\_\_\_ Agent : \_\_\_\_\_

### ÉCHOGRAPHIE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominale                               | <input type="checkbox"/> Mammaire                                 | <input type="checkbox"/> Tissu-mou ou écho de surface      |
| <input type="checkbox"/> Abdominale et Pelvienne                  | <input type="checkbox"/> Cardiaque                                | Région : _____   |
| <input type="checkbox"/> Abdominale et Doppler                    | <input type="checkbox"/> Doppler Cervico-encéphalique             | <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique              |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne (Endovaginale au besoin)       | <input type="checkbox"/> Doppler artériel                         | Région : _____   |
| <input type="checkbox"/> Endovaginale (Pelvienne)                 | <input type="checkbox"/> Doppler veineux                          | <input type="checkbox"/> Infiltration musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Clarté nucale                            | <input type="checkbox"/> Hystérosonographie                       | Région : _____   |
| <input type="checkbox"/> Clarté nucale et Prénatest <sup>MD</sup> | <input type="checkbox"/> Hystérosalpingosonographie (infertilité) | <input type="checkbox"/> Lavage calcique de l'épaule       |
| <input type="checkbox"/> Foetale                                  | <input type="checkbox"/> Testiculaire                             | <input type="checkbox"/> Arthro-distensive                 |
|   | <input type="checkbox"/> Thyroïdienne                             | <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |

### RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale   | <input type="checkbox"/> <b>Musculo-squelettique</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Selle turcique / Hypophyse  | <b>membres supérieurs:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes (C.A.I.)                                   | <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D     |
| <input type="checkbox"/> Articulations   | <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D      |
| temporo-mandibulaires (A.T.M.)   | <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Cou (tissus mous)   | <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D    |
| <input type="checkbox"/> Plexus brachial <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D       |
| <input type="checkbox"/> Rachis  | <input type="checkbox"/> Doigt (précisez) _____   |
| <input type="checkbox"/> Cervical  | <input type="checkbox"/> <b>Musculo-squelettique</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Dorsal  | <b>membres inférieurs:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Lombaire  | <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D     |
| <input type="checkbox"/> Sacrum / Coccyx   | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D     |
| <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques  | <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D      |
|  | <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D      |
| <input type="checkbox"/> Arthro-résonance  | <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D      |
| Spécifiez : _____  | <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D   |
| <input type="checkbox"/> Angio-résonance   | <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D       |
| Spécifiez : _____  | <input type="checkbox"/> Orteil (précisez) _____  |

Préparation pour résonance magnétique: ne pas manger ni boire à partir de minuit.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Abdomen                    |
| <input type="checkbox"/> Cholangio-résonance (MRCP) |
| <input type="checkbox"/> Pelvien                    |

- Mammaire  
Apportez les films et les rapports de votre mammographie antérieure

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

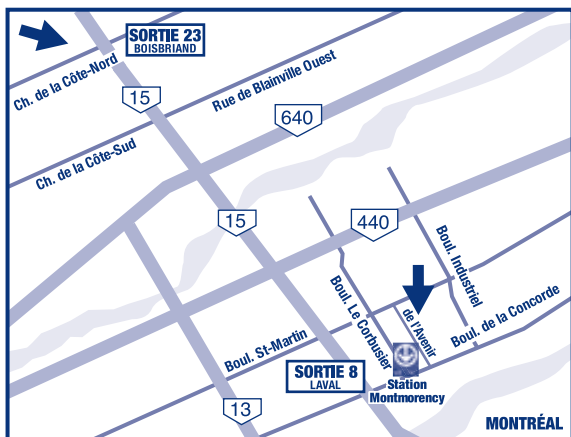
### MÉDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Télééc. : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



### POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

- S.V.P. veuillez nous faire parvenir la requête d'examen avec le consentement complété et signé, soit par la poste ou par télécopieur au 450-668-3245.
- Ne pas oublier d'inscrire votre nom et numéro de téléphone où nous pouvons vous rejoindre.
- Après étude du dossier, un rendez-vous vous sera fixé.
- **Vous devrez apporter vos examens radiologiques antérieurs pertinents lors de votre rendez-vous, (IRM, scan, films simples)**

### QUESTIONNAIRE DE CONSENTEMENT POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Êtes-vous porteur :

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • d'un stimulateur cardiaque            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un filtre à veine cave              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un cathéter Swan-Ganz               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un clip sur un anévrisme cérébral   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'une prothèse oculaire ou cochléaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un corps étranger intra-oculaire    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un neurostimulateur vertébral       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'une prothèse valvulaire cardiaque   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un pontage coronarien               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un neurostimulateur                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'une prothèse métallique             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'un implant pénien                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d'implant oculaire                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous déjà subi une opération:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • au cerveau                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • de la région qui fait l'objet de la résonance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • autres opérations _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous des perçages?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous d'allergie médicamenteuse ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous de claustrophobie ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous enceinte ? semaine _____        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Au travail ou dans d'autres circonstances, avez-vous déjà été blessé, particulièrement aux yeux par un corps étranger métallique qui a été enlevé ou non ?

OUI  NON

Avez-vous plus de 60 ans ? \_\_\_\_\_

OUI  NON

Avez-vous ou souffrez vous de :

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Diabète  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Histoire de pathologie rénale chronique                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dialyse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lupus érythémateux   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Myélomes multiples   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hypertension   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Insuffisance hépatique sévère/<br>transplantation              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ACV  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Taux de créatinine ? _____<br>(Examen fait en moins de 3 mois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

J'ai complété, avec mon médecin, le questionnaire ci-dessus.

Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en Résonance Magnétique.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai revu et corrigé, avec la technologue, le questionnaire ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature de la technologue

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
Date