



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 (2 succursales)
Services d'échographie couverts par la RAMQ
Laval
1575, boul. de l'Avenir, suite 110
Laval (Québec) H7S 2N5
Boisbriand
20865, chemin de la Côte-Nord, suite 201
Boisbriand (Québec) J7E 4H5

UN SEUL NUMÉRO
450-668-3246
1-877-664-3246
Télécopieur : 450-668-3245
www.echo-medic.com
rvpublic@echo-medic.com

Nom et prénom _____ DDN : _____

Date : _____ Téléphone : _____ Cell. : _____

CNESST SAAQ Numéro de dossier: _____

ÉCHOGRAPHIE (PUBLIC RAMQ)

- | | | |
|---|---|---|
| <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"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne (Endovaginale au besoin) | <input type="checkbox"/> Doppler artériel | Musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Endovaginale (Pelvienne) | <input type="checkbox"/> Doppler veineux | Région : _____ |
| <input type="checkbox"/> Clarté nucale | <input type="checkbox"/> Hystérosonographie | <input type="checkbox"/> Échographie |
| <input type="checkbox"/> Optimo | <input type="checkbox"/> Hystérosalpingosonographie (infertilité) | <input type="checkbox"/> Échographie plus ou moins infiltration |
| <input type="checkbox"/> Harmony™ | <input type="checkbox"/> Testiculaire | <input type="checkbox"/> Lavage calcique de l'épaule |
| <input type="checkbox"/> Foetale | <input type="checkbox"/> Thyroïdienne | <input type="checkbox"/> Arthro-distensive |

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (PRIVÉ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale | <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Selle turcique / Hypophyse | membres supérieurs: |
| <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"/> Plexus brachial <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Rachis | <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Doigt (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Lombaire | membres inférieurs: |
| <input type="checkbox"/> Sacrum / Coccyx | <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Articulations sacro-iliaques | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Arthro-résonance | <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| Spécifiez : _____ | <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| _____ | <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| | <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D |
| | <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 |
| <input type="checkbox"/> Prostate |

- 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 télécopieur au 450-668-3245 ou par courriel à rendezvous@echo-medic.com.
- 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		OUI	NON
Êtes-vous porteur :			
• 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"/>	
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 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous plus de 60 ans ? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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/ transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Taux de créatinine ? _____ (Examen fait en moins de 6 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
-----------------------------	----------------------	------