

Centre d'imagerie médicale MedIRM - Radiologie Médicentre LaSalle

Tél: 514-365-7766 Fax: 514-365-8622

HEURES D'OUVERTURE / OPENING HOURS

Lundi au jeudi 8h30 - 19h00 Monday to Thursday
Vendredi 8h30 - 16h30 Friday

Questionnaire préalable à un rendez-vous d'examen de Résonance Magnétique (IRM)

Questionnaire prior to a Magnetic Resonance exam (MRI)

Il est essentiel que ce questionnaire soit rempli par le médecin traitant et le patient

This questionnaire must be filled in by the physician and the patient



CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES / ABSOLUTE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque / Pacemaker |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurostimulateur ou défibrillateur implanté / Neurostimulator or implanted defibrillator. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à insuline implantée sous la peau / Implanted subcutaneous insulin pump |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip sur un anévrisme cérébral ou sur une malf. art-vein. / Cerebral aneurysm or AVM metallic clip |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment métallique dans un oeil / Metallic fragment in orbit or eye * |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire (oreille interne) / Cochlear implant (inner ear) type _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant oculaire magnétique / Magnetic ocular implant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant |

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES / RELATIVE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobie (crainte des espaces clos) / Claustrophobia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèses ou broches dentaires / Dentures or orthodontic wiring (braces) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poids excédant 440 livres (200 kg) / Weight over 440 lbs (200 kg) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Filtre dans la veine cave inférieure (parapluie dans VCI) / Inferior vena cava filter (IVC umbrella) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grossesse, si oui combien de semaines? / Pregnancy, if so, how many weeks? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie de moins de 3 mois, SVP préciser / Surgery in the last 3 months, please specify |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse articulaire / Joint prosthesis Site _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracture traitée par tige, plaque, vis... / Fracture treated with a rod, screws... Site _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tige(s) de Cotrel ou de Harrington / Harrington or Cotrel rod(s) Site _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agrafes, sutures ou mèches métalliques / Metallic staples or sutures Site _____ * |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corps étranger métallique (éclats d'obus etc...) / Metallic foreign bodies (shrapnel...)* |

- * ➤ Dans le doute, obtenir une radiographie de la région concernée avant de prendre votre rendez-vous
- * ➤ If in doubt, take an X-ray of the region in question before making your appointment

Signature du médecin / Physician signature

Signature du patient / Patient signature

Date

- Radiologie générale: Sans rendez-vous, présentez-vous au 1500, rue Dollard à LaSalle entre 8h30 et 16h30
- Échographie, radiologie spécialisée, mammographie, ostéodensitométrie: Sur rendez-vous SVP appeler au 514-365-7766. Pour plus d'informations visitez notre site web: www.medirm.com

Merci de votre confiance / Thanks for your trust