



Écho-Médic/Réso-Médic

1575, boul. de l'Avenir, suite 110
Laval (Québec) H7S 2N5

Écho-Médic

20865, chemin de la Côte-Nord, suite 201
Boisbriand (Québec) J7E 4H5

Tél. : 450-668-ECHO (3246) Ligne sans frais : 1-877-664-ECHO (3246) Télécopieur : 450-668-3245 www.echo-medic.com

Nom et prénom : _____

Date : _____ Téléphone : _____ Cell. : _____

CSST SAAQ Numéro de dossier: _____ Agent : _____

ÉCHOGRAPHIE

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

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

- | | |
|--|---|
| <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"/> 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"/> Musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Dorsal | membres inférieurs: |
| <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.

- Abdomen
 Cholangio-résonance (MRCP)
 Pelvien

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Tél. : _____

Télec. : _____

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**

		OUI	NON	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 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