



A WESTMOUNT SQUARE
 1 Westmount Square, Suite C210
 Westmount (QC) H3Z 2P9
 Tél.: (514) 939-9764
 Fax: (514) 939-9363
 Courriel: info.ws@radimed.ca

B SAINT-LAURENT
 6363 Transcanadienne, Bur. 121
 Ville Saint-Laurent (QC) H4T 1Z9
 Tél.: (514) 747-5995
 Fax: (514) 338-6996
 Courriel: info.sl@radimed.ca

C WEST ISLAND
 215 Frobisher
 Pointe-Claire (QC) H9R 4R9
 Tél.: (514) 697-9940 – Radiologie
 Fax: (514) 697-3711
 Tél.: (514) 697-8855 – IRM
 Fax: (514) 697-8854
 Courriel: info.wi@radimed.ca

D VAUDREUIL-DORION
 600 Boulevard Harwood
 Vaudreuil-Dorion (QC) J7V 6A3
 Tél.: (450) 218-6111
 Fax: (450) 218-7111
 Courriel: info.vd@radimed.ca

E VALLEYFIELD
 521 Boulevard du Hâvre
 Salaberry-de-Valleyfield (QC) J6S 4Z5
 Tél.: (450) 371-6442
 Fax: (450) 371-5062
 Courriel: info.vf@radimed.ca

IMAGERIE SPÉCIALISÉE / SPECIALIZED IMAGING

Nom et prénom : _____
 Name & surname

Téléphone : _____ **Date de naissance :** _____
 Phone number Date of birth

Renseignements cliniques (obligatoire) : _____
 Clinical information (mandatory)

ÉCHOGRAPHIE / ULTRASOUND **A B C D E**

- Abdominale / Abdominal
- Pelvienne / Pelvic
- Endovaginale / Endovaginal
- Obstétricale (≤ 10 sem.) / Obs (≤ 10 weeks)
- Sein(s) / Breast(s) G/L D/R
- Cou (Thyroïde) / Neck (Thyroid)
- Prostate
- Testicules / Testicles
- Musculosquelettique / MSK _____
- Doppler _____
- Autre / Other _____

INTERVENTIONS

- Lavage calcique / Calcific Lavage **A C D E**
- Musculosquelettique infiltration / **A C D E**
 MSK infiltration _____

Non couvert par RAMQ / Not covered by Medicare

- Échocardiographie / Echocardiogram **A**

ÉCHO-OBSTÉTRICALE / **C D** US OBSTETRIC

- Clarté nucale / Nuchal translucency
- 1^{er} trimestre / 1st trimester
- 2^e trimestre / 2nd trimester
- 3^e trimestre / 3rd trimester
- Grossesse gémellaire et compliquée /
 Twin and complicated pregnancy

ENCEINTE / PREGNANT

ATTENTION : Si vous êtes enceinte, veuillez en aviser le technologue **AVANT** votre examen.
WARNING: If you are pregnant, please advise the technologist **BEFORE** the exam.

Cocher le service désiré / Check desired service:

- TOMODENSITOMÉTRIE / CT SCAN **A B****
- RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / MRI **A B C****

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale / Brain | <input type="checkbox"/> Angiographie / Angiography _____ |
| <input type="checkbox"/> Selle turcique et hypophyse /
Sella turcica & Pituitary | <input type="checkbox"/> Entérographie / Enterography |
| <input type="checkbox"/> Orbites / Orbits | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale / Cervical spine |
| <input type="checkbox"/> CAI et Mastoïdes / IAC & Mastoids | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale / Dorsal spine |
| <input type="checkbox"/> Art. Temporo-mandibulaires / T.M. Joints | <input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée / Lumbar spine |
| <input type="checkbox"/> Dentascan | <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx |
| <input type="checkbox"/> Sinus / Sinuses | <input type="checkbox"/> Art. Sacro-iliaques / S.I. Joints |
| <input type="checkbox"/> Massif facial / Facial bones | <input type="checkbox"/> Musculosquelettique / MSK _____ |
| <input type="checkbox"/> Cou (ORL) / Neck (ENT) _____ | <input type="checkbox"/> Arthrographie IRM / MR Arthrogram _____ |
| <input type="checkbox"/> Plexus brachial / Brachial Plexus | <input type="checkbox"/> Arthrographie-scan / CT-Arthrography _____ |
| <input type="checkbox"/> Thorax / Chest | <input type="checkbox"/> Calcul du score cardiaque / Cardiac Scoring |
| <input type="checkbox"/> Seins / Breasts (Bil.) | <input type="checkbox"/> CT Coronarographie / CT Coronarography |
| <input type="checkbox"/> Abdomen _____ | <input type="checkbox"/> Autre / Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne / Pelvis _____ | <input type="checkbox"/> Déféco-IRM / MRI-defeco C |
| <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> IRM Quantification Fer I Gras / C
MRI Iron I Fat Quantification |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle / Virtual Colonoscopy | |

AUTRE / OTHER _____

Médecin référent : _____ **Numéro de licence :** _____
 Ordering Physician License number

Signature : _____ **Date :** _____

Téléphone : _____ **Télec. du rapport au :** _____ Rapport final en français Final report in English
 Phone number Fax report to