



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

RADIOLOGIE – IMAGERIE MÉDICALE / RADIOLOGY – MEDICAL IMAGING

Nom et prénom : _____
Name & surname

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

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

LÉGENDE / LEGEND

Examens offerts à : **A B C D E**
Exams available at:

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.

TÊTE ET COU / HEAD & NECK

- Crâne / Skull
- Sinus / Sinuses
- Massif facial / Facial bones
- Mastoïdes / Mastoids
- Nez / Nose
- Tissus mous cou / Neck soft tissues
- Maxillaire inférieur / Mandible
- Orbites / Orbits
- Art. Temporo-mandibulaires / TMJ

THORAX ET ABDOMEN / CHEST & ABDOMEN

- Poumons / Chest
- Hémithorax / Ribs G/L D/R
- Sternum
- Abdomen plaque simple / KUB
- Abdomen incidences multiples / Abdomen series

COLONNE VERTÉBRALE / SPINE

- Cervicale / Cervical
- Dorsale / Thoracic
- Lombo-sacrée / Lumbar
- Sacrum
- Coccyx
- Art. Sacro-iliaques / SIJ
- Série scoliotique / Scoliosis series

ÉTUDES OSSEUSES / SKELETAL SURVEY

- Étude métastatique / Metastatic survey
- Étude rhumatique / Arthritic survey
- Étude métabolique / Metabolic survey

ÂGE OSSEUX / BONE AGE

MEMBRES SUPÉRIEURS / UPPER EXTR.

- Art. Acromio-claviculaires / ACJ
- Art. Sterno-claviculaires / SCJ
- Clavicule / Clavicle G/L D/R
- Omoplate / Scapula G/L D/R
- Épaule / Shoulder G/L D/R
- Humérus / Humerus G L D/R
- Coude / Elbow G/L D/R
- Avant-bras / Forearm G/L D/R
- Poignet / Wrist G/L D/R
- Main / Hand G/L D/R
- Doigt / Finger 1 2 3 4 5 G/L D/R

MEMBRES INFÉRIEURS / LOWER EXTR.

- Bassin / Pelvis
- Hanche / Hip G/L D/R
- Fémur / Femur G/L D/R
- Genou / Knee G/L D/R
- Rotule / Patella G L D/R
- Jambe / Tib Fib G/L D/R
- Cheville / Ankle G/L D/R
- Pied / Foot G/L D/R
- Talon / Heel G/L D/R
- Orteil / Toe 1 2 3 4 5 G/L D/R

Projections station debout / Weight bearing views

SCANOGRAPHIE / SCANOGRAM

- Debout / Standing **A**
- Couché / Lying down

FLUOROSCOPIE / FLUOROSCOPY **A C D E**

- Gorgée barytée / Barium Swallow
- Repas baryté / Upper G.I.
- Grêle / Small Bowel Series (SBFT)
- Lavement baryté / Barium Enema
- Arthrographie / Arthrography _____
- Bloc facettaire / Facet Block _____

OSTÉODENSITOMÉTRIE / BONE DENSITOMETRY **A C D E**

MAMMOGRAPHIE / MAMMOGRAPHY **A C D E**

- Diagnostique / Diagnostic
 - Dépistage / Screening > 35 ans et plus
 - N.B. : Autorisation à compléter l'investigation suite à la mammographie (échographie, clichés supplémentaires, etc.) / Authorization to complete the investigation following the mammography (Ultrasound, additional images, etc.)
- 4 Centres accrédités PQDCS / 4 Accredited Centers

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