

Questionnaire IRM / MRI Questionnaire

Afin d'éviter des délais, assurez-vous de compléter le questionnaire suivant avec le patient avant de prendre rendez vous.

In order to avoid any delay, please ensure that the following questions have been completed with the patient prior to scheduling an appointment.

Est-ce que le patient est porteur de / Does the patient have :

O / Y N / N

- Stimulateur cardiaque / Pacemaker
- Clip sur anévrisme cérébral / Aneurysm clip
- Neurostimulateur ou biostimulateur / Neurostimulator or biostimulator
- Pompe à infusion / Infusion pump
- Prothèse oculaire ou cochléaire / Ocular or Cochlear implants
- Pontage coronaire / Coronary Bypass
- Fragment d'électrode après chirurgie cardiaque / Electrode fragment after cardiac surgery
- Prothèse valvulaire cardiaque / Cardiac valvular prosthesis
- Stent vasculaire ou filtre sur la veine cave / Vascular stent or vena cava filter (ex. Birdnest)
- Êtes-vous claustrophobe / Are you claustrophobic

O / Y N / N

- Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu / Gun shot fragments
- Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant (ex. Omniphase, Duraphase)
- Est-ce que le patient à déjà eu des chirurgies antérieures: cardiaque, cerveau, yeux, oreilles ou autres? / Any previous surgeries-cardiac, brain, eye, ears or other? *spécifiez/specify* _____
- Corps métallique étranger (ex. prothèse, tige) / Any metal in your body (prosthesis, rod)
- Tatouages, maquillage permanent ou percages corporels / Tattoos, permanent make-up or body piercing
- Timbres ou pansement médicamenteux / Medicated patch (ex. nicotine)
- Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant?
- Allaitiez -vous? / Are you breast feeding?
- Prenez-vous de l'hormonothérapie / Are you on hormone therapy?
- Êtes-vous porteur de prothèses mammaires / Do you have breast implants?

Si oui, précisez: gel de silicone, eau, autre / If yes, please specify: silicone, water or other _____

Questionnaire Tomodensitométrie / CT Scan Questionnaire

O / Y N / N

- Avez-vous des maladies cardiaques / hypertension artérielle / Any heart disease / hypertension?
- Êtes-vous diabétique / Are you a diabetic?
- Prenez-vous du Metformine ou Glucophage / Do you take Metformin or Glucophage?
- Avez-vous des maladies pulmonaires / Do you have lung disease?
- Myélome multiple / Multiple Myeloma?

Signature du médecin / Physician Signature: _____ **Date** _____

Signature du patient / Patient Signature: _____ **Date** _____

Autres services

- PRÉLÈVEMENT SANGUINS
- VACCINS
- ÉLECTROCARDIOGRAMME
- SERVICES D'INFIRMIER(ÈRE)S



Other Services

- BLOOD TESTS
- VACCINES
- ELECTROCARDIOGRAM (EKG)
- NURSING SERVICES

Heures d'ouverture: Du lundi au vendredi de 7h30 à 17h / **Hours of Operation:** Monday to Friday 7:30am-5:00pm