

1 Westmount Square, Suite C210  
Westmount QC H3Z 2P9  
Tel: 514.939.WSMI (9764)  
1.866.939.WSMI  
Fax: 514.939.9363  
www.radiologymontreal.com



IMAGERIE MÉDICALE | MEDICAL IMAGING  
WESTMOUNT SQUARE

## IMAGERIE SPÉCIALE / SPECIAL IMAGING

Nom et prénom / Name & surname \_\_\_\_\_

Nom à la naissance / Maiden name \_\_\_\_\_ Date de naiss. / DOB \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
A/Y M/M J/D

Adresse / Address \_\_\_\_\_ Cell: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Tél. Rés/Home ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Bur/Off ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Relevant films pertinents \_\_\_\_\_  
A/Y OÙ / Where

Allergies connues / Known allergies \_\_\_\_\_ Poids / Weight \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
KG LBS

Renseignements cliniques / Clinical info \_\_\_\_\_

### INTERVENTIONS (FL)

- Arthrographie diagnostique /  
Diagnostic arthrography  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Arthrographie thérapeutique (infiltration)  
Therapeutic arthrography (injection)  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Arthrographie-scan / CT-Arthrography  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Arthrographie-RM / MR-Arthrography  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Myélographie-scan / CT-Myelography  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Bloc facéaire / Facet block  
Niveau(x) / Level(s) \_\_\_\_\_
- Autre / Other \_\_\_\_\_

### ÉCHOGRAPHIE / ULTRASOUND

- Abdomen complet / complete
- Abdomen partiel / limited (1 ou/or 2 organ(es))  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Abdominale & pelvienne / Abdomen & Pelvic
- Pelvienne / Pelvic (complete)
- Pelvienne / Pelvic (Endov. / Gyn.)
- Endovaginale / Endovaginal
- Obstétricale (≥ 10 sem) / Obstetrical (≥ 10 wks)
- Sein / Breast  G/L  D/R
- Cou / Neck
- Thyroïde / Thyroid
- Prostate
- Testicules / Testicles
- Musculosquelettique / MSK  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Doppler veineux / Venous Doppler  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Doppler artériel / Arterial Doppler  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Échocardiographie / Echocardiography

### DÉPISTAGE PAR TOMOGRAPHIE AXIALE CT SCAN SCREENING

- Colonographie virtuelle / Virtual Colonography
- Calcul du score cardiaque / Cardiac Scoring
- Coronographie / Coronary Angiography

### TOMOGRAPHIE AXIALE / CT SCAN

- Cérébrale / Brain
- Selle turcique hypophyse / Sella Turcica pituitary
- CAI / IAC
- Mastoïdes-Os temporaux /  
Mastoids Temporal Bones
- Orbites / Orbits
- Massif facial / Facial Bones
- Articulations T-M Joints
- Sinus / Sinuses
- Parotides / Parotids
- Nasopharynx
- Cou-ORL / Neck-ENT  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Thorax / Chest
- Abdominale & pelvienne / Abdomen & Pelvis
- Rachis / Spine  
Segment (s) \_\_\_\_\_
- Articulations sacro-iliaques / S.I. Joints
- Musculosquelettique / MSK  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_

### DENTASCAN

Autres / Other : \_\_\_\_\_

Enceinte / Pregnant?  Oui / Yes  Non / No

### RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / MRI

- Cérébrale / Brain
- Selle turcique-hypophyse / Sella Turcica-pituitary
- Orbites / Orbits
- CAI / IAC
- Charnière crano-vertébrale / Base of Skull
- Articulations T-M Joints
- Sinus / Sinuses
- Parotides / Parotids
- Nasopharynx
- Cou-ORL / Neck-ENT
- Plexus brachial / Brachial Plexus  
 G/L  D/R
- Seins / Breasts (Bil)
- Abdomen  
Organe / Organ \_\_\_\_\_
- Pelvienne / Pelvis
- Rachis / Spine  
Segment (s) \_\_\_\_\_
- Musculosquelettique / MSK  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_
- Angiographie-RM / MR-Angiography  
Spécifiez / Specify \_\_\_\_\_



### ÉVALUATION IRM / MRI ASSESMENT

- Neuro-vasculaire (IRM cerveau + ARM cerveau & cou)  
Neuro-vascular (MRI brain + MRA brain & neck)
- Migraine vasculaire (IRM cerveau + ARM cerveau)  
Vascular headache (MRI brain + MRA brain)
- Maladie démyélinisante  
(IRM cerveau & moelle cervico-thoracique)  
Demyelinating disease  
(MRI brain & cervicothoracic cord)
- Dépistage anévrisme / Aneurysm screening  
(ARM cerveau / MRA brain)

Final Report in English  Rapport final en français Téléc. rapport au # / Fax report to # : \_\_\_\_\_

Médecin référant / Ordering physician \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Nom en lettres moulées / Print name) (Signature)

Date \_\_\_\_\_ Tél. #s \_\_\_\_\_ #license \_\_\_\_\_

|  <b>PRÉPARATION POUR IMAGERIE SPÉCIALE</b>   |  <b>PREPARATION FOR SPECIAL IMAGING</b>   |
|---|--|
| <p><b>❑ ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE</b><br/>À jeun 8 heures avant l'examen.</p>  | <p><b>❑ ABDOMINAL ULTRASOUND</b><br/>No food or drink 8 hours before the exam.</p>   |
| <p><b>❑ ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE</b><br/>Boire 3 à 4 verres d'eau (environ 30 onces) ou tout autre liquide (jus, thé, etc.) une heure avant l'examen. NE PAS URINER.</p>   | <p><b>❑ PELVIC ULTRASOUND</b><br/>Drink 3 to 4 glasses of water (approx. 30 oz.) or any other liquid (tea, juice, etc.) one hour before your exam. DO NOT URINATE.</p>   |
| <p><b>❑ ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE (Endovaginale)</b><br/>Pour les femmes enceintes de 10 semaines ou moins, pas de préparaton.</p>   | <p><b>❑ OBSTETRICAL ULTRASOUND (Endovaginal)</b><br/>For women pregnant 10 weeks or less, no preparation.</p>  |
| <p><b>❑ TOMODENSITOMÉTRIE AXIALE ABDOMINALE PELVIENNE</b><br/>Ne rien manger ni boire 3 heures avant l'examen. On vous demandera de boire un cocktail de Gastrographin ou de Redi-CAT à la clinique, 45 min. avant votre examen. On placera un intaveineux dans votre bras.</p>   | <p><b>❑ CT ABDOMEN PELVIS</b><br/>Do not eat or drink 3 hours before the exam. You will be given a Gastrografen or Redi-CAT cocktail to drink at the clinic 45 min. before your exam. You will have an intravenous needle install in your arm.</p>   |
| <p><b>❑ TOMODENSITOMÉTRIE AXIALE AVEC INJECTION</b><br/>Ne rien manger ni boire 3 heures avant l'examen. Vérifiez avec votre médecin que vous n'avez pas d'allergie à l'iode et que votre fonction rénale est normale. Si vous prenez du Metformine (Glucophage), l'arrêter le jour de l'examen et reprendre 48 heures après l'examen. Les femmes qui allaitent doivent s'abstenir d'allaiter pour 48 heures après l'examen.</p>  | <p><b>❑ CT-SCAN WITH INJECTION</b><br/>Do not eat or drink 3 hours before the exam. Consult with your physician regarding any allergies you might have to iodine and ensure your renal function is normal. If you are taking Metformine (Glucophage) stop it the day of the exam and restart 48 hours after the exam. Breast feeding women must abstain from breast feeding 48 hours after the exam.</p>   |
| <p><b>❑ CALCUL DU SCORE CARDIAQUE</b><br/>Pas de caféine 12 heures à l'avance. Ne rien manger ni boire 4 heures avant l'examen. Le coeur ne doit pas dépasser 70 battements à la minute. CONTREINDICATION : arythmie ou stimulateur cardiaque.</p>  | <p><b>❑ CARDIAC SCORING</b><br/>No caffeine 12 hours prior. No food 4 hours prior. 70 heart beats per minute or less. CONTRAINDICATION : severe arrhythmia or dual chamber pacemaker.</p>  |
| <p><b>❑ COLONOGRAPHIE VIRTUELLE</b><br/><b>2 jours avant votre examen :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenez un léger repas pour le petit déjeuner et le dîner;</li> <li>• Buvez beaucoup de liquide (8 onces de liquide par heure);</li> <li>• Pour le souper, commencer la diète liquide (voir ci-bas);</li> </ul> <p><b>1 jours avant votre examen :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diète liquide toute la journée jusqu'à minuit;</li> <li>• Buvez beaucoup de liquide (8 onces de liquide par heure/jusqu'à minuit);</li> <li>• À 8h: buvez 10 onces de CITROMAG refroidit (disponible en pharmacie). Ce laxatif agit en 30 minutes à 3 heures selon le patient;</li> <li>• À 15h: prenez 1/2 bouteille de 45 ml de Fleet oral avec 8 onces d'eau;</li> <li>• À 20h: prenez l'autre 1/2 bouteille de Fleet oral avec 8 onces d'eau;</li> <li>• Buvez 8 onces d'eau chaque heure jusqu'au coucher;</li> </ul> <p><b>Le jour de l'examen :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous prenez des médicaments pour la tension artérielle ou pour le coeur, Prednisone ou autre stéroïdes, prenez les avant 7h AM avec une gorgée d'eau seulement. Après l'examen, buvez beaucoup d'eau.</li> </ul> <p><b>Diabétiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous prenez de l'INSULINE consultez votre médecin concernant votre médication. Il est possible que la dose doit être ajustée pour le jour avant et le matin de l'examen. les diabétiques peuvent prendre 4 à 6 canettes de ENSURE le jour avant l'examen.</li> </ul> <p><b>Maladie rénale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous souffrez de maladie rénale, consultez votre médecin pour une préparation alternative.</li> </ul> | <p><b>❑ VIRTUAL COLONOSCOPY</b><br/><b>2 days before exam :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eat light meals for breakfast and lunch;</li> <li>• Drink plenty of liquid (8 ounces of liquid every hour);</li> <li>• For supper, begin a clear liquid diet (see below);</li> </ul> <p><b>1 day before exam :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear liquid diet all day up to midnight;</li> <li>• Drink plenty of liquid (8 ounces of liquid every hour up until midnight);</li> <li>• At 8:00 AM: drink 10 ounces of chilled CITROMAG (available at any pharmacy). The laxative may begin working within 30 minutes to 3 hours depending on the individual;</li> <li>• At 3:00 PM: take 1/2 a 45 ml bottle of oral Fleet with 8 ounces of water;</li> <li>• At 8:00 PM: take the other 1/2 of the bottle of oral Fleet with 8 ounces of water;</li> <li>• Drink 8 ounces of water each hour until bedtime;</li> </ul> <p><b>The day of your exam :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If you take blood pressure or heart medication, Prednisone or other steroids, take it before 7:00 AM with a sip of water only. After the exam, you must drink a lot of water.</li> </ul> <p><b>Diabetics :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If you are taking INSULIN consult your physician regarding your medication. The dosage may need to be adjusted the day prior and the morning of the exam. Diabetics can take 4 to 6 cans of ENSURE the day before the exam.</li> </ul> <p><b>Kidney Disease :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Call your doctor for an alternate preparation if you have kidney disease.</li> </ul> |
| <p><b>❑ RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ABDOMINALE OU PELVIENNE (IRM avec injection)</b><br/>Ne rien manger ni boire 3 heures avant l'examen.</p>  | <p><b>❑ MRI ABDOMINAL OR PELVIC (MRI avec injection)</b><br/>Do not eat or drink 3 hours before the exam.</p>  |
| <p><b>❑ DESCRIPTION DE LA DIÈTE LIQUIDE</b><br/>Boire 6 à 8 onces d'eau par heure<br/>Jus filtré ou sans pulpe<br/>Thé, café, tisane (avec sucre mais pas de lait)<br/>Bière (avec modération), liqueur douce<br/>Bouillon, consommé clair, Gatorade, Jello, Popsicles</p>  | <p><b>❑ DEFINITION OF LIQUID DIET</b><br/>Drink 6 to 8 ounces of water per hour.<br/>Filtered juice without pulp<br/>Tea, coffee, herbal tea (sugar but no milk)<br/>Beer (in moderation), soft drinks<br/>Clear broth, consommé, Gatorade, Jello, Popsicles</p>   |
| <p><b>❑ QUESTIONNAIRES À COMPLÉTER AVANT L'EXAMEN EN :</b><br/>Résonance magnétique (IRM)<br/>Tomographie axiale (Scan)<br/>Colonographie virtuelle<br/>Coronographie<br/>Arthrographie et/ou interventions</p>   | <p><b>❑ QUESTIONNAIRES TO COMPLETE BEFORE AN EXAM IN :</b><br/>Magnetic Resonance (MRI)<br/>CT Scan (CT)<br/>Virtual Colonography (VC)<br/>CT Coronary Angiography<br/>Arthrography &amp;/or Interventions</p>   |