

# CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE RÉSOSCAN CLM

Tél: 450-671-6173 Fax: 450-671-9284

HEURES D'OUVERTURE / OPENING HOURS

Lundi au vendredi 8 h - 22 h Monday to Friday

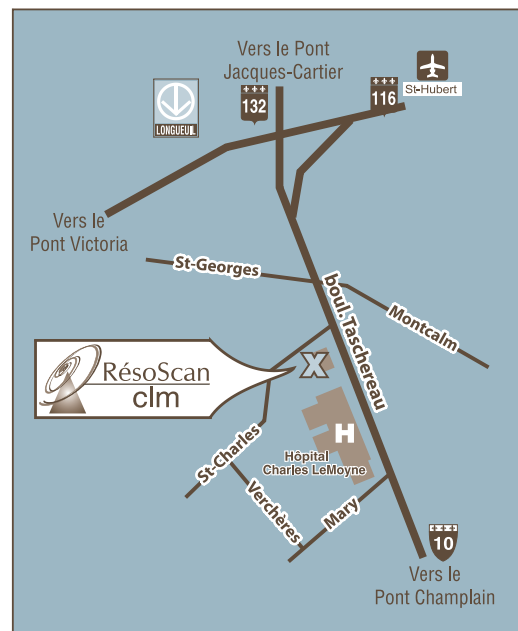
Samedi et dimanche 8 h - 17 h Saturday & Sunday

**Questionnaire préalable à un rendez-vous d'examen de Résonance Magnétique (IRM)**

**Il est essentiel que ce questionnaire soit rempli par le médecin traitant et le patient**

**Questionnaire prior to a Magnetic Resonance exam (MRI)**

**This questionnaire must be filled in by the physician and the patient**



## CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES / ABSOLUTE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque / Pacemaker  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurostimulateur ou défibrillateur implanté / Neurostimulator or implanted defibrillator           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à insuline implantée sous la peau / Implanted subcutaneous insulin pump                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment d'électrode ou guide métallique en place / Metallic electrode or guide-wire fragment *    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip sur un anévrisme cérébral ou sur une malf. art-vein. / Cerebral aneurysm or AVM metallic clip |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment métallique dans un oeil / Metallic fragment in orbit or eye *                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pontage coronarien (si oui faire Rx pulmonaire) / Coronary bypass (if so, prescribe chest X-ray)*  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire (oreille interne) / Cochlear implant (inner ear) type _____                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant oculaire ou implant cornéen / Ocular implant or cornea implant type _____                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant type _____                                     |

## CONTRE-INDICATIONS RELATIVES / RELATIVE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobie (crainte des espaces clos) / Claustrophobia   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèses ou broches dentaires / Dentures or orthodontic wiring (braces)                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poids excédant 440 livres (200 kg) / Weight over 440 lbs (200 kg)                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cathéter Swan-Ganz ou Port-O-Cath / Swan-Ganz catheter or Port-O-Cath                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Filtre dans la veine cave inférieure (parapluie dans VCI) / Inferior vena cava filter (IVC umbrella) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dérivation ventriculaire (shunt) métallique / Metallic ventricular shunt                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grossesse, si oui combien de semaines? / Pregnancy, if so, how many weeks?                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie de moins de 3 mois, SVP préciser / Surgery in the last 3 months, please specify _____      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse articulaire / Joint prosthesis Site _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracture traitée par tige, plaque, vis... / Fracture treated with a rod, screws... Site _____        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tige(s) de Cotrel ou de Harrington / Harrington or Cotrel rod(s) Site _____                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agrafes, sutures ou mèches métalliques / Metallic staples or sutures Site _____ *                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corps étranger métallique (éclats d'obus etc...) / Metallic foreign bodies (shrapnel...) *           |

\* ► Dans le doute, obtenir une radiographie de la région concernée avant de prendre votre rendez-vous

\* ► If in doubt, take an X-ray of the region in question before making your appointment

Signature du médecin / Physician signature

Signature du patient / Patient signature

Date

*Merci de votre confiance / Thanks for your trust*