

Radiologie LaSalle, heures d'ouvertures/Opening hours

Lundi au jeudi / Mon. To Thur.: 8h30 - 20h00

Vendredi / Fri.: 8h30 - 16h30 - Samedi / Sat.: 10h00 - 15h00

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

Questionnaire prior to a Magnetic Resonance exam (MRI)

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

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



CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES / ABSOLUTE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- Stimulateur cardiaque / Pacemaker
- Neurostimulateur ou défibrillateur implanté / Neurostimulator or implanted defibrillator.
- Pompe à insuline implantée sous la peau / Implanted subcutaneous insulin pump
- Clip sur un anévrisme cérébral ou sur une malf. art-vein. / Cerebral aneurysm or AVM metallic clip
- Fragment métallique dans un oeil / Metallic fragment in orbit or eye *
- Implant cochléaire (oreille interne) / Cochlear implant (inner ear) type _____
- Implant oculaire magnétique / Magnetic ocular implant
- Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES / RELATIVE CONTRAINDICATIONS

OUI/YES NON/NO

- Claustrophobie (crainte des espaces clos) / Claustrophobia
- Prothèses ou broches dentaires / Dentures or orthodontic wiring (braces)
- Poids excédant 440 livres (200 kg) / Weight over 440 lbs (200 kg)
- Filtre dans la veine cave inférieure (parapluie dans VCI) / Inferior vena cava filter (IVC umbrella)
- Grossesse, si oui combien de semaines? / Pregnancy, if so, how many weeks?
- Chirurgie de moins de 3 mois, SVP préciser / Surgery in the last 3 months, please specify
- Prothèse articulaire / Joint prosthesis Site _____
- Fracture traitée par tige, plaque, vis... / Fracture treated with a rod, screws... Site _____
- Tige(s) de Cotrel ou de Harrington / Harrington or Cotrel rod(s) Site _____
- Agrafes, sutures ou mèches métalliques / Metallic staples or sutures Site _____ *
- 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 any 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

- Radiologie générale: Sans rendez-vous, présentez-vous au 1500, rue Dollard à LaSalle entre 8h30 et 16h30
- Échographie, radiologie spécialisée, mammographie, ostéodensitométrie: Sur rendez-vous SVP appeler au 514-365-7766. Pour plus d'informations visitez notre site web: www.radiologielasalle.com

Merci de votre confiance / Thanks for your trust