



**EXAMEN PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) – SEINS ET GÉNÉRAL  
MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) EXAM – BREAST AND GENERAL**

CSST  SAAQ \_\_\_\_\_ VM - N° Dossier : \_\_\_\_\_  
N° de dossier-Nom de l'agent / File number-Agent Name / N° Fax

Nom du patient / de la patiente \_\_\_\_\_ Prénom(s) / Surname : \_\_\_\_\_  
*Patient name :*

Adresse / Address : \_\_\_\_\_

Téléphone/ Phone (Rés./Home) : ( \_\_\_\_\_ ) Bur./Off. : ( \_\_\_\_\_ ) Cell. : ( \_\_\_\_\_ )

Date de naissance / D.O.B. : (A/Y / M/M / J/D) \_\_\_\_\_ N° Ass. Mal. : \_\_\_\_\_  
*Medicare No*

Médecin requérant \_\_\_\_\_ N° de pratique/Licence No \_\_\_\_\_  
*Referring physician Nom/Name*

Adresse/ \_\_\_\_\_ Signature du MD requérant \_\_\_\_\_  
*Address Referring physician's signature*

**ANTÉCÉDENT(S) POUR IRM DU SEIN SEULEMENT / PREVIOUS MEDICAL HISTORY FOR BREAST MRI ONLY**

Chirurgie du sein \_\_\_\_\_  Biopsie \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_  
*Breast surgery*

Prothèses \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_  
*Prosthesis Type Date*

1- Êtes-vous enceinte ? / Are you pregnant?  Oui/Yes  Non/No  
 Si oui, de combien de semaines ? / If yes, specify how many weeks.

2- Allaitiez-vous ? / Are you currently breastfeeding?  Oui/Yes  Non/No  
 Si oui, ne pas allaiter 48 heures après votre examen.  
 If so, do not breastfeed for a 48-hour period after the exam.

3- Date de vos dernières menstruations \_\_\_\_\_  
*Date of your last menstruation.*

4- Êtes-vous ménopausée ? / Are you post menopausal?  Oui/Yes  Non/No  
 Si oui, indiquez depuis quand. / If so, since when.

5- Prenez-vous de l'hormonothérapie ? / Are you on hormonal therapy?  Oui/Yes  Non/No  
 Prenez-vous du Tamoxifen ? / Do you take Tamoxifen?  Oui/Yes  Non/No  
 Prenez-vous des contraceptifs ? / Do you take contraceptives?  Oui/Yes  Non/No  
 Prenez-vous de l'œstrogène ? / Do you take oestrogen?  Oui/Yes  Non/No  
 Autres ? / Précisez. / Other ? / Specify.

6-  Radiothérapie du sein \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Radiation therapy of the breast*

7-  Autres membres de votre famille de sexe féminin ayant subi un cancer du sein ou des ovaires ?  
*Has any female member of your family had breast or ovarian cancer?*  
 Précisez. Specify.

**TYPES D'EXAMENS IRM REQUIS / MRI EXAMS REQUESTED**

Sein / Breast  Trapèze / Trapeze  
 Cerveau / Brain  Abdomen / Abdomen  
 Selle turcique-Hypophyse / Sella Turcica-pituitary  Pelvis / Pelvis  
 Conduits auditifs internes / IAC  Colonne cervicale / Cervical spine  
 Orbites / Orbits  Colonne dorsale / Thoracic spine  
 Charnière crânio-vertébrale / Base of Skull  Colonne lombo-sacrée / Lumbar spine  
 Tissus mous du cou / Soft tissue of the neck  Ostéo-articulaire / MSK  
 Plexus brachial / Brachial Plexus  Précisez la région et le côté / Specify anatomical region and side : \_\_\_\_\_  
 Précisez le côté / Specify the side : \_\_\_\_\_

IRM / MRI

**Pour usage interne seulement / Internal Use Only**

Questionnaire revu par / Questionnaire revised by : \_\_\_\_\_  
 Date et heure de l'examen / Date and time of exam : \_\_\_\_\_ Exécuté par / Performed by : \_\_\_\_\_  
 Envoyer le rapport au médecin traitant (Nom et adresse en lettres moulées)  
 Send report to ordering physician (Print name and address) \_\_\_\_\_

Rapport final en français  Final report in English

**VERSO >>**

D-12243/09-2009





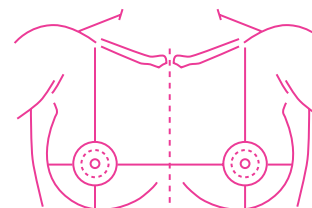
**CONSENTEMENT POUR TOUT EXAMEN DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / CONSENT FOR ALL MRI EXAMS**

Toutes les questions de ce segment doivent obligatoirement être répondues. / Please answer all questions of the following section.

8- Taille /Height	cm	Poids / Weight	kg	(Capacité maximale de la table / Maximum table capacity : 250 kg)
9- Avez-vous des allergies? / Any known allergies? Si oui, lesquelles? / If yes, specify.				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
10- Avez-vous déjà subi des chirurgies (cœur, cerveau ou autre)? Have you ever had surgery (heart, brain, other)? Si oui, précisez. / If yes, specify.				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
11- Êtes-vous porteur d'une ... : / Do you have a...:				
a) stimulateur cardiaque / cardiac pacemaker				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
b) neurostimulateur ou biostimulateur / neurostimulator or biostimulator				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
c) clip sur un anévrisme cérébral / clip on a cerebral aneurysm				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
d) prothèse oculaire ou cochléaire / an ocular or cochlear implant				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
e) corps étranger intra-oculaire / an ocular foreign body				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
f) prothèse valvulaire cardiaque / cardiac valvular prosthesis (Si oui, précisez. / If yes, specify.)				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
g) prothèse mammaire / breast implants (Si oui, précisez : eau ou silicone / If yes, specify : water or silicone)				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
h) pontage coronarien / coronary bypass graft				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
i) corps métallique / metal (par exemple, prothèse, tige, agrafes chirurgicales, éclats d'armes à feu.) (e.g. prosthesis, rod, surgical clips, bullet wound) (Si oui, précisez. / If yes, specify.)				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
j) pompe à infusion / infusion pump				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
k) appareil orthodontique permanent / braces or permanent dental work				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
l) perçage corporel / body piercing	<input type="checkbox"/> Oui/Yes	<input type="checkbox"/> Non/No	patch transdermique / nicotine patch	<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No
m) problème de rein / kidney problem	<input type="checkbox"/> Oui/Yes	<input type="checkbox"/> Non/No	niveau de créatine / creatine level	
n) êtes-vous porteur de tatouage(s)? / do you have any tattoos?	<input type="checkbox"/> Oui/Yes	<input type="checkbox"/> Non/No		
o) maquillage permanent / permanent make-up	<input type="checkbox"/> Oui/Yes	<input type="checkbox"/> Non/No		
12- Êtes-vous claustrophobe? / Are you claustrophobic?				<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No

**NOTE :** le Centre IRM du sein Ville Marie est un des seuls emplacements qui dispose de fenêtres, ce qui minimise grandement les risques de claustrophobie chez les patients/es.  
At Ville Marie MRI Breast Center the room where the device is located is one of the few of its kind to have windows, significantly minimizing the risk of claustrophobia in patients.

**COMMENTAIRES DU MÉDECIN/ PHYSICIAN'S ADDITIONAL NOTES**



**Veillez prendre note : ne rien manger ni boire trois heures avant l'examen.  
Please take note: Do not eat or drink 3 hours before exam.**

J'ai revu le questionnaire avec mon médecin ou la technologue en IRM et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts. Je consens à passer l'examen par résonance magnétique. I have reviewed the above questionnaire with my physician or the MRI technologist. The information is correct and complete and I consent to the MRI examination.

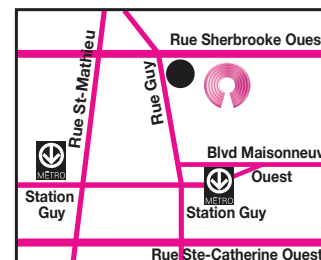
Signature du patient ou de la patiente  
Patient's signature

Signature du médecin ou de la technologue  
Physician's or technologist's signature

Date

Ces examens ne sont pas couverts par la RAMQ. Le patient doit assumer les coûts des examens.  
Paiements : carte de débit, carte de crédit Visa ou MasterCard, chèque. Medicare does not cover these exams.  
There is therefore a charge to the patient. Payment: debit card, Visa or MasterCard, cheque.

**Centre IRM du sein  
Ville Marie** Édifice Medical Arts. 1538, rue Sherbrooke Ouest (coin Guy)  
Bureau 900, Montréal (Québec) Canada H3G 1L5,  
T. (514) 789-4011 Téléc. / Fax (514) 788-4808  
info@villemarieirm.com [www.villemarieirm.com](http://www.villemarieirm.com)



D-12243/09-2009

