

IMPORTANT

**APPORTER CETTE PRESCRIPTION LE JOUR DE
L'EXAMEN AINSI QUE VOTRE CARTE
D'ASSURANCE MALADIE**

Renseignements personnels

Nom : _____

Date de naissance : JJ / MM / AAAA

RAMQ : _____

Rapport immédiat Le patient peut quitter

Renseignements cliniques

OBLIGATOIRE : SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT ET NO. DE PERMIS

_____ NO. _____
Date : JJ / MM / AAAA

RADIOGRAPHIE (SANS RENDEZ-VOUS)

- | | | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques | <input type="checkbox"/> Hémithorax | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Doigt | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Sacrum | <input type="checkbox"/> Art. acro. clav. | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Cavum | <input type="checkbox"/> Coccyx | <input type="checkbox"/> Clavicule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Fémur | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Série métastatique | <input type="checkbox"/> Omoplate | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Nez | <input type="checkbox"/> Série articulaire | <input type="checkbox"/> Épaule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Rotule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Art. temporo-max | <input type="checkbox"/> Âge osseux | <input type="checkbox"/> Humérus | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Abdomen (1 incidence) | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | <input type="checkbox"/> Abdomen (incidences multiples) | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> Orteil | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Sternum | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G | | | |
| <input type="checkbox"/> Scanographie (m. inf.) | <input type="checkbox"/> Art. sterno-clav. | <input type="checkbox"/> Autre | | | | | |

ÉCHOGRAPHIE (clinique Maisonneuve seulement)

- Abdominale
- Pelvienne (+/- endovaginale)
- Cardiaque + doppler
- Mammaire sein D sein G +/- ponction
- Prostatique (endorectale)
- Surface: _____
- Testiculaire
- Thyroïdienne
- Autre : _____

DOPPLER

- Cervico-encéphalique artériel
 - Artériel membre inférieur membre supérieur D G
 - Veineux / Insuffisance veineuse membre inférieur D G
- * (pas de doppler à des fins de médecine esthétique)

CONSULTATION EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
(voir description au verso)

MUSCULO-SQUELETTIQUE

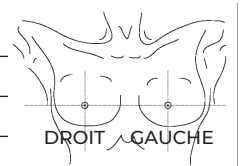
- Échographie diagnostique _____ D G
- Échographie diag. avec infiltration _____ D G
- Aspiration et lavage calcique _____ D G

OSTÉODENSITOMÉTRIE

- Ostéodensitométrie
- Date du dernier examen : JJ / MM / AAAA
- La RAMQ couvre un seul examen par année.

MAMMOGRAPHIE (Images et rapports antérieurs nécessaires)

- Dépistage 40 à 49 ans ou 70 ans et plus
- Dépistage 50 à 69 ans (PQDCS)
- Diagnostique renseignement : _____



EXAMEN DU TUBE DIGESTIF

- Grêle
- Repas baryté et grêle
- Œsophage seul
- Gorgée baryté/Étude de déglutition
- Repas baryté d.c.
- Lavement d.c.

INFILTRATION SOUS FLUOROSCOPIE

- Infiltration thérapeutique _____ D G
- Arthrographie distensive _____ D G

CONDITIONS PARTICULIÈRES

S.V.P. si vous avez des conditions particulières : vous êtes enceinte, diabétique, à mobilité réduite ou autre, veuillez le mentionner lors de la prise du rendez-vous.

PRÉPARATIONS

REPAS BARYTÉ ET TRANSIT DU GRÊLE

À jeûn depuis 21 heures la veille de l'examen. (Pas d'eau, pas de gomme.)
Ne pas fumer à partir de 22 heures.

LAVEMENT BARYTÉ (DOUBLE CONTRASTE)

1 / Acheter :
1 bouteille de Citromag
3 comprimés de Dulcolax
1 suppositoire de Dulcolax

2 / L'avant-veille de l'examen, dès le réveil.

- Diète liquide (les liquides sont permis à volonté)
- Vous pouvez prendre:
 - eau
 - jus de pomme (sans pulpe)
 - jus d'orange (sans pulpe)
 - jello
 - bouillon de soupe (pas de nouilles, légumes ou biscuits soda)
 - Powerade / Gatorade
 - thé (noir)
 - café (noir)

3 / La veille de l'examen

- Diète liquide (voir no. 2)
- Entre 14 et 15 heures
Boire tout le contenu de la bouteille de Citromag avec de la glace. Il faut s'attendre à une purge vigoureuse des intestins de 3 à 6 heures.
- Vers 20 heures
Prenez les 3 comprimés de Dulcolax avec un grand verre d'eau. Avalez sans mâcher les comprimés un à un.
- Vers 22 heures
Sortez le suppositoire de son emballage et introduisez-le dans le rectum. Attendez au moins 10 à 15 minutes avant d'aller à la selle, même si le besoin est urgent.
- Ne pas boire ni manger à partir de minuit.
- Si vous prenez des médicaments, prenez-les comme à l'habitude, même le matin de l'examen, avec un peu d'eau.

AUCUN PRODUIT LAITIER, NI FIBRE N'EST ACCEPTÉ.

IL EST IMPORTANT DE RESPECTER CETTE PRÉPARATION À LA LETTRE POUR AINSI ÉVITER DE DEVOIR REPRENDRE L'EXAMEN.

INTERVENTION MUSCULO-SQUELETTIQUE

Vous devez avoir des radiographies récentes (moins de 3 mois) de l'articulation visée par l'injection de médicaments. Si vous n'en avez pas, on fera des clichés le jour de votre examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

À jeûn depuis minuit la veille de l'examen ou 6 heures avant l'examen, si celui-ci est fait en après-midi. (Dans ce dernier cas, prendre un déjeûner léger sans gras). Pas de gomme.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

Boire 500 ml. d'eau en 10 à 15 minutes, une heure avant l'examen et ne pas uriner par la suite.

ÉCHOGRAPHIE PROSTATIQUE ENDORECTALE

Vous procurer un lavement «Fleet» à la pharmacie et vous l'administrer une à deux heures avant l'examen.

MAMMOGRAPHIE / ÉCHOGRAPHIE SEIN(S)

Il est important d'apporter vos résultats antérieurs (images et rapports) si vous avez passé votre mammographie dans une autre clinique. Si vous avez des prothèses mammaires s.v.p. le mentionnez lors de la prise du rendez-vous.

OSTÉODENSITOMÉTRIE

Ne pas avoir passé de médecine nucléaire, de scan avec iode ou d'examen digestif avec baryum 15 jours avant. Si vous prenez des suppléments de calcium vous devez cesser de les prendre 48 heures avant l'examen.

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE (SERVICE DE CONSULTATION)*

- Varicocèles
- Fibromes utérins symptomatiques
- Anévrismes viscéraux
- Syndrome post phlébitique des membres inférieurs
- Filtre de la veine cave inférieure
- Syndrome de congestion pelvienne
- Maladie vasculaire périphérique (claudication intermittente)
- Malformations vasculaires/lymphocèles/sérômes post opératoires
- Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs

* Faire parvenir vos demandes de consultation par fax au 514 252-3547