

Radiologie LaSalle
1500, Ave. Dollard, # 101
LaSalle, Qc, H8N 1T5
Tél:514-365-7766 Fax:514-365-2006

Radiologie Delson
58, Boul. Marie-Victorin
Delson, Qc, J5B 1A9
Tél:450-845-6789 Fax:450-845-6780

Radiologie IDSoeurs
8, Pl. du commerce, #200
Île-des-Sœurs, Qc, H3E 1N3
Tél:514-687-2323 Fax:514-687-3343

Radiologie Métro Monk
2529, Rue Allard, # 100
Montréal, Qc, H4E 2L5
Tél:514-368-3246 Fax:514-543-6846

Radiologie Lachine
2600 B, Rue Victoria
Lachine, Qc, H8S 1Z3
Tél:514-637-4404 Fax:514-637-4405



Votre image nous tient à

Nom / Name _____ **Date de naissance/Birth date** _____

Téléphone: Maison / Telephone: Home _____ **Travail / Work** _____ **Autre / Other** _____

CSST SAAQ Armée / Army **N° dossier / File N°** _____ **Nom de l'agent / Agent name** _____ **N° de Fax de l'agent / Agent Fax N°** _____

Radiologie / Radiology		LaSalle: Lu/Je-Mo/Th: 8h-20h Ve/Fr: 8h-17h Sa/Di-Sa/Su: fermé	Métro Monk: Lu/Ve-Mo/Fr: 10h-18h Sa/Di-Sa/Su: 10h-15h
Poumons/ Chest - Thorax - Abdomen		Delson: Lu/Je-Mo/Th: 8h30-20h Ve/Fr: 8h30-18h Sa/Di-Sa/Su: 10h-18h	Lachine & IDS: Lu/Ve-Mo/Fr: 9h-17h Sa/Di-Sa/Su: fermés
Poumons/ Chest	Tête & cou / Head & neck	Membres sup. / Upper limbs	Membres inf./Lower limbs
<input type="checkbox"/> Poumons / Chest	<input type="checkbox"/> Crâne / Skull	<input type="checkbox"/> Art. Acromio-clav. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hanche / Hip <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Thorax / Ribs <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Clavicule / Clavicle <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fémur / Femur <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sternum	<input type="checkbox"/> Massif facial / F. bones	<input type="checkbox"/> Omoplate/Scapula <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genou / Knee <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen Simple <input type="checkbox"/> Inc. mult. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orbites/Orbits	<input type="checkbox"/> Epaule / Shoulder <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rotule / Patella <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Colonne et bassin / Spine & pelvis	<input type="checkbox"/> Nez / Nose	<input type="checkbox"/> Humérus/Humerus <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jambe / Leg <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cervicale / Cervical <input type="checkbox"/> Coccyx / Coccyx	<input type="checkbox"/> Tissus mous cou	<input type="checkbox"/> Coude / Elbow <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cheville / Ankle <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dorsale / Dorsal <input type="checkbox"/> Bassin / Pelvis	<input type="checkbox"/> Cavum	<input type="checkbox"/> Avant-bras/Forearm <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pied / Foot <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Bassin et hanches	<input type="checkbox"/> Max. supérieur	<input type="checkbox"/> Poignet / Wrist <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Talon / Heel <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sacrum / Sacrum <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques	<input type="checkbox"/> Max. inférieur	<input type="checkbox"/> Main / Hand <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orteil / Toe <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre / Other _____	<input type="checkbox"/> Doigt/Finger _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mesure des membres Inf. _____

Échographie / Ultrasound Sur rendez-vous, couverte par la RAMQ / Paid by RAMQ

* <input type="checkbox"/> Abdominale et rénale / Abdominal ③	* <input type="checkbox"/> Cardiaque / Cardiac	* <input type="checkbox"/> Doppler artériel des membres <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> sup. / Arterial
* <input type="checkbox"/> Pelvienne trans-vésicale / Pelvic ④	* <input type="checkbox"/> Des seins / Breast <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	* <input type="checkbox"/> Doppler veineux des membres <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Sup. / Venous
* <input type="checkbox"/> Pelvienne endo-vaginale / E-V Pelvic ⑤	* <input type="checkbox"/> Des testicules/Testicles	* <input type="checkbox"/> Doppler artériel rénal ou digestif / Renal arteries ③
* <input type="checkbox"/> Grossesse 1 ^{er} trimestre / Preg. 1 ^{er} trim. ⑤	* <input type="checkbox"/> De la thyroïde/Thyroid	* <input type="checkbox"/> Autre / Other _____
* <input type="checkbox"/> Prostatique trans-rectale/Prostate	* <input type="checkbox"/> Artic. épaules/Shoulders	* <input type="checkbox"/> Infiltration cortisonée
	* <input type="checkbox"/> Artic. autre _____	

Attention Les examens ci-dessous sont faits à : **Radiologie LaSalle 514-365-7766**
The following exams are done at :

Radiologie spécialisée / Specialized radiology SVP appeler / Please call 514-365-7766

* <input type="checkbox"/> Oesophage / Oesophagus ①	* <input type="checkbox"/> Arthrographie diagnostique _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Âge osseux
* <input type="checkbox"/> Estomac / Upper G.I. ①	* <input type="checkbox"/> Arthrographie thérapeutique _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Série scoliothique
* <input type="checkbox"/> Grêle / Small bowel ①	* <input type="checkbox"/> Arthrographie distensive épaule _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infiltration cortisonée _____
* <input type="checkbox"/> Lavement baryté / Barium enema ②	* <input type="checkbox"/> Blocs facettaires / facet blocks - Niveau/level _____	<input type="checkbox"/> Autre _____

Mammographie / Mammography Centre agréé par l'Association Canadienne des Radiologistes et désigné par le Ministère pour le dépistage du cancer du sein

* Dépistage 35 ans et plus ou patiente à risque / Screening mammography 35 years old and over or patient at risk

* Diagnostique / Diagnostic (renseignements cliniques essentiels)

Ostéodensitométrie / Bone density La RAMQ couvre un seul examen par année / RAMQ pays only one exam per year

* Ostéodensitométrie / Bone density _____

Résonance magnétique (IRM) / MRI Non couverte par la RAMQ / Not paid by RAMQ

* Résonance magnétique (IRM) / MRI ⑥ SVP appeler / Please call: 514-365-7766

* Résonance magnétique pour les articulations temporo-mandibulaires / MRI for temporo-mandibular joints

* ➤ **Examens sur rendez-vous** ⑥ ➤ **Examens avec préparation (informations au verso)**
* ➤ **Exams on appointment** ⑥ ➤ **Exams with preparation (information on the back)**

Renseignements cliniques essentiels SVP / Clinical informations please

Rapport urgent

Par Tél. _____

Par Fax. _____

Allergie à l'Iode allergy

Créatinine: _____

Médecin/Physician _____ Licence _____ Adresse/Address _____ Date _____

RENDEZ-VOUS: Date: _____ Heure: _____ Remarques: _____