



**Radiologie LaSalle**  
1500 avenue Dollard, suite 101  
LaSalle (Québec) H8N 1T5  
Téléphone : (514) 365-7766  
Fax : (514) 365-2006

**Radiologie Delson**  
58 boul. Marie-Victorin  
Delson (Québec) J5B 1A9  
Téléphone : (450) 845-6789  
Fax : (450) 845-6780

**Radiologie Lachine**  
2600 rue Victoria, suite B  
Lachine (Québec) H8S 1Z3  
Téléphone : (514) 637-4404  
Fax : (514) 637-4405

**Radiologie Île-des-Soeurs**  
8 Place du commerce, suite 200  
Île-des-Soeurs (Québec) H3E 1N3  
Téléphone : (514) 687-2323  
Fax : (514) 687-3343

**Radiologie Métro Monk**  
2529 rue Allard, suite 100  
Montréal (Québec) H4E 2L5  
Téléphone : (514) 368-3246  
Fax : (514) 543-6846

**Radiologie Écho Quatuor**  
800 rue du Square-Victoria, suite 2720  
Montréal (Québec) H3C 0B4  
Téléphone : (514) 312-7848  
Fax : (514) 394-9394

info@groupeunimage.com | Horaires de nos cliniques au verso

Nom Name		Date de naissance Birth date	
Téléphone Telephone		Cellulaire Cellular	
<input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Armée/Army	N° de dossier File N°	Nom de l'agent Agent name	N° de fax de l'agent Agent fax N°

**Radiologie Métro Monk – Île-des-Soeurs – LaSalle – Lachine – Delson**

**Radiologie/Radiology – Sans rendez-vous/Walk-in Clinic**

Poumons / Chest – Thorax – Abdomen	Tête & cou/Head & neck	Membres supérieurs / Upper limbs	Membres inférieurs / Lower limbs
<input type="checkbox"/> Poumons/Chest <input type="checkbox"/> Thorax/Ribs <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Inc. mult.	<input type="checkbox"/> Crâne/Skull <input type="checkbox"/> Massif facial/F.bones <input type="checkbox"/> Orbites/Orbits <input type="checkbox"/> Nez/Nose <input type="checkbox"/> Cavum <input type="checkbox"/> Tissus mous du cou <input type="checkbox"/> Art. Temp.-mand. / TMJ	<input type="checkbox"/> Art. Acromio-clav. <input type="checkbox"/> Clavicule/Clavicle <input type="checkbox"/> Omoplate/Scapula <input type="checkbox"/> Épaule/Shoulder <input type="checkbox"/> Humérus/Humerus <input type="checkbox"/> Coude/Elbow <input type="checkbox"/> Avant-bras/Forearm <input type="checkbox"/> Poignet/Wrist <input type="checkbox"/> Main/Hand <input type="checkbox"/> Doigt/Finger <input type="checkbox"/> Âge osseux/Bone age	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Hanche/Hip <input type="checkbox"/> Fémur/Femur <input type="checkbox"/> Genou/Knee <input type="checkbox"/> Rotule/Patella <input type="checkbox"/> Jambe/Leg <input type="checkbox"/> Cheville/Ankle <input type="checkbox"/> Pied/Foot <input type="checkbox"/> Talon/Heel <input type="checkbox"/> Orteil/Toe <input type="checkbox"/> Mesure des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Measurement of the lower limbs
Colonne et bassin / Spine & Pelvis	Autres/Other		
<input type="checkbox"/> Cervicale/Cervical <input type="checkbox"/> Dorsale/Dorsal <input type="checkbox"/> Lombo-sacrée <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Coccyx	<input type="checkbox"/> Bassin/Pelvis <input type="checkbox"/> Bassin & hanches/ Pelvis and hips <input type="checkbox"/> Art. sacro-iliaques/ Sacroiliac joint	<input type="checkbox"/> Série scoliotique <input type="checkbox"/> Série articulaire <input type="checkbox"/> Série métastatique	

**Échographie générale/General Ultrasound – Sur rendez-vous/With appointment – Couvert par la RAMQ/Paid by RAMQ**

<input type="checkbox"/> Abdominale et rénale/Abdominal ②	<input type="checkbox"/> Pelvienne endo-vaginale/E-V Pelvic ③	<input type="checkbox"/> Testicules/Testicles
<input type="checkbox"/> Pelvienne trans-vésicale/Pelvic ③	<input type="checkbox"/> Grossesse 1 <sup>er</sup> trimestre/Preg. 1 <sup>st</sup> trim. ③	<input type="checkbox"/> Thyroïde/Thyroid

**Radiologie LaSalle (514) 365-7766** Les examens ci-dessous sont uniquement faits sur rendez-vous :  
The following examinations are only done with appointment at :

**Échographie spécialisée/Specialized Ultrasound – Couvert par la RAMQ/Paid by RAMQ**

<input type="checkbox"/> Seins/Breast <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Doppler artériel des membres/Arterial members <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Sup.	<input type="checkbox"/> Musculosquelettique : _____
<input type="checkbox"/> Doppler carotidien/Carotid	<input type="checkbox"/> Doppler veineux des membres/Venous members <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Sup.	<input type="checkbox"/> Infiltration cortisonée : _____
<input type="checkbox"/> Doppler artériel rénal/Renal arteries		

**Radiologie spécialisée/Specialized radiology**

<input type="checkbox"/> Oesophage/Oesophagus ①	<input type="checkbox"/> Arthrographie distensive épaule <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Arthrographie diagnostique <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Blocs facettaires lombaires/Lumbar facet blocks <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Arthrographie thérapeutique <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Niveau/Level _____

**Mammographie/Mammography**

Centre agréé par l'Association Canadienne des Radiologistes et par le Programme du Ministère pour le dépistage du cancer du sein.

<input type="checkbox"/> Dépistage 35 ans et plus ou patiente à risque / Screening mammography 35 years old and over or patient at risk
<input type="checkbox"/> Diagnostique / Diagnostic (renseignements cliniques essentiels): _____

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

Examens faits dans nos cliniques de LaSalle et de l'Île-des-Soeurs

<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie / Bone density
------------------------------------------------------------

**Résonance magnétique IRM/MRI – Non couverte par la RAMQ/Not paid by RAMQ**

Appelez / Please call : (514) 365-7766 ou Numérisez et envoyez votre requête à info@groupeunimage.com

<input type="checkbox"/> Résonance magnétique IRM/MRI ④	<input type="checkbox"/> Résonance magnétique pour les articulations temporo-mandibulaires/ MRI for temporo mandibular joints ④
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Renseignements cliniques essentiels SVP/Clinical informations please**

<input type="checkbox"/> <b>Rapport urgent</b> Par Tél. _____ Par Fax _____ <input type="checkbox"/> Allergie à l'iode/ allergy to iodine	Médecin/Physician _____ Permis/Permit _____ Adresse/Address _____ Date _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

● Examens avec préparation (informations au verso) / Examinations with preparation (informations on the back)

**Radiologie LaSalle**

1500 avenue Dollard, suite 101  
LaSalle (Québec) H8N 1T5

Téléphone : (514) 365-7766  
Fax : (514) 365-2006

Lundi au vendredi /  
Monday to Friday :  
8 h à / to 16 h

**Radiologie Delson**

58 boul. Marie-Victorin  
Delson (Québec) J5B 1A9

Téléphone : (450) 845-6789  
Fax : (450) 845-6780

Lundi au jeudi / Monday to  
Thursday : 8 h 30 à / to 20 h  
Vendredi / Friday :  
8 h 30 à / to 16 h  
Samedi / Saturday :  
10 h à / to 16 h

**Radiologie Lachine**

2000 rue Notre-Dame, suite 000  
Lachine (Québec) H8S 2G4

Téléphone : (514) 637-4404  
Fax : (514) 637-4405

Lundi au vendredi /  
Monday to Friday :  
9 h à / to 16 h 30



**Radiologie Île-des-Soeurs**

8 Place du commerce, suite 200  
Île-des-Soeurs (Québec) H3E 1N3

Téléphone : (514) 687-2323  
Fax : (514) 687-3343

Lundi au vendredi /  
Monday to Friday :  
9 h à / to 16 h 30

**Radiologie Métro Monk**

2529 rue Allard, suite 100  
Montréal (Québec) H4E 2L5

Téléphone : (514) 368-3246  
Fax : (514) 543-6846

Lundi au vendredi /  
Monday to Friday :  
9 h à / to 16 h 30

**Radiologie Écho Quatuor**

800 rue du Square-Victoria, suite 2720  
Montréal (Québec) H3C 0B4

Téléphone : (514) 312-7848  
Fax : (514) 394-9394

Lundi au vendredi /  
Monday to Friday :  
8 h à / to 15 h 30

info@groupeunimage.com

**INSTRUCTIONS : Préparation pour les examens ① ② ③ ④ / Preparation for exams ① ② ③ ④**

<b>① Œsophage</b>	<b>① Oesophagus</b>
Être à jeûn depuis 22h la veille de l'examen.	Fasting since 10 p.m. the day before your examination.
<b>② Échographie abdominale</b>	<b>② Abdominal ultrasound</b>
Être à jeûn au moins 6 heures avant l'examen.	Fasting at least 6 hours before your examination.
<b>③ Échographie pelvienne / endo-vaginale / obstétricale</b>	<b>③ Pelvic / Endo-vaginal / Obstetrical Ultrasound</b>
Boire 1 litre d'eau 1h30 avant l'examen. Ne pas uriner.	Drink 1 liter of water 1h30 before your examination. Do not urinate.
<b>④ Résonance magnétique (IRM) / (MRI)</b>	
<b>Procédure de prise de rendez-vous d'IRM</b>	<b>MRI appointment procedure</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appelez au (514) 365-7766 ou</li> <li>• Faxez la requête d'examen au (514) 365-2006 ou</li> <li>• Numérisez la requête et l'envoyez par courriel à : info@groupeunimage.com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Call (514) 365-7766 or</li> <li>• Fax your exam request to (514) 365-2006 or</li> <li>• Scan your exam request form and send it to : info@groupeunimage.com</li> </ul>
<b>IMPORTANT : Complétez le questionnaire d'IRM, le signez et nous le faire parvenir avec la requête.</b>	<b>IMPORTANT : Complete the MRI questionnaire, sign it and send it with the exam request form.</b>

**Questionnaire d'IRM / IRM Questionnaire**

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"/>	Clip sur 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"/>	Implant cochléaire (oreille interne) / Cochlear implant (inner ear) / <b>Type :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant oculaire magnétique / Magnetic ocular implant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant
<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"/>	Filtre dans la veine cave inférieure (parapluie dans VCI) / Inferior vena cava filter (IVC umbrella)
<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 / <b>Site :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture traitée par tige, plaque, vis... / Fracture treated with a rod, screws... / <b>Site :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tige(s) de Cotrel ou de Harrington / Harrington or Cotrel rod(s) / <b>Site :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agraphes, sutures ou mèches métalliques / Metallic staples or sutures / <b>Site :</b> * * *
<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 any doubt, take an X-ray of the region before making your appointment.**

Signature du médecin/Physician signature

Signature du patient/Patient signature

Date