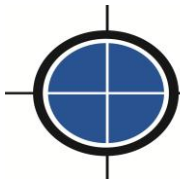


Two centres ...one team!



Le Centre d'IRM de la Vallée de l'Outaouais
Ottawa Valley MRI Centre

Fax: 819-420-0134



Fax: 819-777-7718

For office use:

Physician Referral Form

Full Name: _____ D.O.B.: _____ /Yr /M /D

Address: _____

Tel.(h): _____ Tel.(other): _____

Allergies: _____ Weight: _____ Height: _____

Area to be Scanned	
Head/Brain <input type="checkbox"/> Head <input type="checkbox"/> Sinuses <input type="checkbox"/> Orbits <input type="checkbox"/> IAC <input type="checkbox"/> Pituitary Gland <input type="checkbox"/> TMJ Details _____ Spine <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Thoracic <input type="checkbox"/> Lumbar <input type="checkbox"/> Brachial Plexus <input type="checkbox"/> Sacroiliac Joints <input type="checkbox"/> Neck Details _____	Breasts (both) <input type="checkbox"/> Evaluation and staging <input type="checkbox"/> Integrity of implants Chest/Abdomen <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> MRCP Region of Interest _____ Musculo-Skeletal/Joints <input type="checkbox"/> Upper Extremity Details _____ <input type="checkbox"/> Lower Extremity Details _____ <input type="checkbox"/> Other Details _____
Clinic Preference?* <input type="checkbox"/> Ottawa Valley MRI <input type="checkbox"/> St-Joseph MRI Radiologist Preference?* _____ <i>* will be honored as much as is possible</i> Language of Report? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French	Previous Exams? <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> U/S <input type="checkbox"/> Nuclear Medicine <input type="checkbox"/> PET Copy of Report to?
Mandatory clinical information and presumptive diagnosis: 	

Preliminary Screening
<p><i>important - please check if applicable</i></p> The patient has a(n): <input type="checkbox"/> Aneurysm clip* <input type="checkbox"/> Neurostimulator <input type="checkbox"/> Cochlear implants/tube in ears** <input type="checkbox"/> Vascular stent or vena cava filter** <input type="checkbox"/> Cardiac pacemaker <input type="checkbox"/> Tatoo or body piercing <input type="checkbox"/> Transdermal patch <i>* these patients generally cannot be imaged by MRI in our setting</i> <i>** If yes, please provide operative report</i>
The patient has had previous: <input type="checkbox"/> Cardiac surgery <input type="checkbox"/> Brain surgery Details: _____
The patient suffers with: <input type="checkbox"/> Claustrophobia <input type="checkbox"/> Kidney failure <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Cardiovascular problems <input type="checkbox"/> Diabetes
The patient has : <input type="checkbox"/> worked as metal worker, grinder or welder* <input type="checkbox"/> a chance of metallic fragments in the eyes* <input type="checkbox"/> a chance of being pregnant <i>* If yes, please provide orbital x-ray report</i>
For radiologist use:

Ordering Physician: _____

Date: _____ Tel: _____

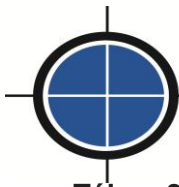
15 Papineau St, Gatineau Qc J8X 1T4
www.ottawavalleyMRI.com / Tel: 819-420-0130

Signature: _____

FAX: _____

228 St-Joseph Blvd, Suite 203, Gatineau Qc J8Y 3X4
www.stjosephMRI.com / Tel: 819-777-1674

Deux centres - une équipe!



Le Centre d'IRM de la
Vallée de l'Outaouais
Ottawa Valley MRI Centre

Télec: 819-420-0134



Télec: 819-777-7718

À l'usage du bureau :

Formulaire de demande du médecin

Nom : _____ D.D.N: _____ /A /M /J
Adresse: _____
Tél.(res): _____ Tél.(autre): _____
Allergies: _____ Poids: _____ Taille: _____

Région à examiner	
Tête/Cerveau <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> CAI <input type="checkbox"/> Glande pituitaire <input type="checkbox"/> ATM Préciser _____	Seins (les deux) <input type="checkbox"/> Bilan d'extension et d'évaluation <input type="checkbox"/> Evaluation d'implants Thorax/Abdomen <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Cholangiopancréatographie région d'intérêt _____
Colonne <input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Dorsale <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Plexus Brachial <input type="checkbox"/> Art. Sacro-iliaque <input type="checkbox"/> Cou Préciser _____	Musculosquelettique/Articulations <input type="checkbox"/> Membre supérieur Préciser _____ <input type="checkbox"/> Membre inférieur Préciser _____ <input type="checkbox"/> Autres Préciser _____
Préférence de clinique?* <input type="checkbox"/> IRM Ottawa Valley <input type="checkbox"/> IRM St-Joseph Préférence du radiologue?* _____	Examens antécédents? <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> TOMO (CT) <input type="checkbox"/> Rayons X <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire <input type="checkbox"/> TEP
Langue du rapport? <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français	
Copie du rapport à? _____	
Renseignements cliniques et diagnostique provisoire (obligatoire): _____	

Renseignements préliminaires
<i>important – indiquer si applicable</i> Le patient est-il porteur de: <input type="checkbox"/> Pince d'anévrisme (clip)* <input type="checkbox"/> Neurostimulateur <input type="checkbox"/> Implant cochléaire / tubes dans les oreilles** <input type="checkbox"/> Tuteur (Stent) vasculaire ou filtre veine cave** <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Tatouage / Perçages (body piercing) <input type="checkbox"/> Timbre transdermique (patch) <i>* Généralement, ces patients ne peuvent pas être examinés dans cette clinique</i> <i>** Si oui, SVP fournir protocole opératoire</i>
Le patient a-t-il déjà subi une : <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale cardiaque <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale cérébrale Laquelle?: _____
Le patient souffre-t-il de: <input type="checkbox"/> Claustrophobie <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Problèmes cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> Diabète
Le patient a-t-il déjà : <input type="checkbox"/> Occupé un poste de broyeur ou d'ouvrier métallurgique* <input type="checkbox"/> Reçu des particules de métal dans l'oeil* <i>* Si oui, SVP fournir le rapport Rayon-X des orbites</i>
Est-il possible que: <input type="checkbox"/> La patiente soit enceinte
À l'usage du radiologue: _____

Médecin requérant: _____ Signature: _____

Date: _____ Tél.: _____ Téléc: _____