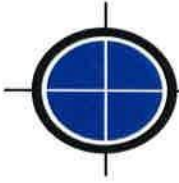


Two centres ...one team!



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

- Head
- Sinuses
- Orbits
- IAC
- Pituitary Gland
- TMJ

Details _____

Spine

- Cervical
- Thoracic
- Lumbar
- Sacroiliac Joints
- Brachial Plexus
- Neck

Details _____

Breasts (both)

- Evaluation and staging
- Integrity of implants

Chest/Abdomen

- Chest
- Abdomen
- Pelvis
- MRCP

Region of Interest _____

Musculo-Skeletal/Joints

- Upper Extremity
- Lower Extremity

Details _____

Other

Details _____

Clinic Preference?*

- Ottawa Valley MRI
- St-Joseph MRI

Radiologist Preference?*

* will be honored as much as is possible

Language of Report?

- English
- French

Previous Exams?

- MRI
- CT
- X-rays
- U/S
- Nuclear Medicine
- PET

Copy of Report to?

Mandatory clinical information and presumptive diagnosis:

Ordering Physician: _____

Date: _____ Tel: _____

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

Preliminary Screening

important - please check if applicable

The patient has a(n):

- Aneurysm clip*
- Neurostimulator
- Cochlear implants/tube in ears**
- Vascular stent or vena cava filter**
- Cardiac pacemaker
- Tatoo or body piercing
- Transdermal patch

* these patients generally cannot be imaged by MRI in our setting

** If yes, please provide operative report

The patient has had previous:

- Cardiac surgery
- Brain surgery

Details: _____

The patient suffers with:

- Claustrophobia
- Kidney failure
- Hypertension
- Cardiovascular problems
- Diabetes

The patient has :

- worked as metal worker, grinder or welder*
- a chance of metallic fragments in the eyes*
- a chance of being pregnant

* If yes, please provide orbital x-ray report

For radiologist use:

Signature: _____

FAX: _____

120-444, boul. de l'Hopital, Gatineau, QC, J8T 7X6
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

- Tête
- Sinus
- Orbites
- CAI
- Glande pituitaire
- ATM

Précisez _____

Colonne

- Cervicale
- Dorsale
- Lominaire
- Art. Sacro-iliaque
- Plexus Brachial
- Cou

Précisez _____

Seins (les deux)

- Bilan d'extension et d'évaluation
- Evaluation d'implants

Thorax/Abdomen

- Thorax
- Abdomen
- Bassin
- Cholangiopancréatographie

région d'intérêt _____

Musculosquelettique/Articulations

- Membre supérieur

Précisez _____

- Membre inférieur

Précisez _____

- Autres

Précisez _____

Préférence de clinique?*

- IRM Ottawa Valley
- IRM St-Joseph

Préférence du radiologue?*

*Sera honoré si possible

Langue du rapport?

- anglais
- français

Examens antécédents?

- IRM
- TOMO (CT)
- Rayons X
- Echographie
- Médecine nucléaire
- TEP

Copie du rapport à?

Renseignements cliniques et diagnostique provisoire
(obligatoire):

Renseignements préliminaires

important – indiquez si applicable

Le patient est-il porteur de:

- Pince d'anévrisme (clip)*
- Neurostimulateur
- Implant cochléaire / tubes dans les oreilles**
- Tuteur (Stent) vasculaire ou filtre veine cave**
- Stimulateur cardiaque
- Tatouage / Perçages (body piercing)
- Timbre transdermique (patch)

* Généralement, ces patients ne peuvent pas être examinés dans cette clinique

** Si oui, SVP fournir protocole opératoire

Le patient a-t-il déjà subi une :

- Intervention chirurgicale cardiaque
- Intervention chirurgicale cérébrale

Laquelle?: _____

Le patient souffre-t-il de:

- Claustrophobie
- Insuffisance rénale
- Hypertension
- Problèmes cardio-vasculaires
- Diabète

Le patient a-t-il déjà :

- Occupé un poste de broyeur ou d'ouvrier métallurgique*
- Reçu des particules de métal dans l'oeil*

* Si oui, SVP fournir le rapport Rayon-X des orbites

Est-il possible que:

- La patiente soit enceinte

À l'usage du radiologue:

Médecin requérant: _____ Signature: _____

Date: _____ Tél.: _____ Téléc: _____