

**Demande d'examen - Requisition**  
**Imagerie dentaire et maxillo-faciale - Dental and maxillo-facial imaging**  
**Compléter recto-verso / Complete both sides**

**Renseignements sur le patient / Patient information**

Nom/ \_\_\_\_\_ D.D.N./ \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_  
Tél. Maison/ \_\_\_\_\_ Tél. Travail/ \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Tel. Home \_\_\_\_\_ Tel. Work \_\_\_\_\_  
Adresse/ \_\_\_\_\_ Code postal/ \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques / Clinical information**

Allergie iode  
 Iodine allergy

Choisir :  Conebeam CT scan  Scan médical multiples coupes

Implants dentaires :  Maxillaire  Mandibule Région \_\_\_\_\_  
 Avec guide radiologique  Nobel Guide 2 scans  
 Conversion SimPlant  Autre \_\_\_\_\_  
 Dual Scan SimPlant 2 scans  
ATM :  Bouche fermée  Bouche ouverte  Avec appareil  Repos  
 Bout-à-bout  Protocole Piper  Autre \_\_\_\_\_

Analyse orthodontique (Dolphin) \_\_\_\_\_  
Localisation du canal mandibulaire \_\_\_\_\_  
Dents de sagesse \_\_\_\_\_ Dent incluse \_\_\_\_\_  
Pathologie \_\_\_\_\_  
Evaluation des voies respiratoires \_\_\_\_\_  
 Images imprimées en taille réelle (1 : 1)  CD avec viewer  CD Dicom

**Résonance magnétique / Magnetic resonance imaging**

ATM droite et gauche  Protocole Piper  sans Bite  avec Bite  
Autre \_\_\_\_\_  
 Rapport par FAX  CD avec viewer  Rapport et images sur notre site web  
 Rapport en français  Report in english

Tél. : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ Licence \_\_\_\_\_

# CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE RÉSOSCAN CLM

Tél: 450-671-6173 Fax: 450-671-9284

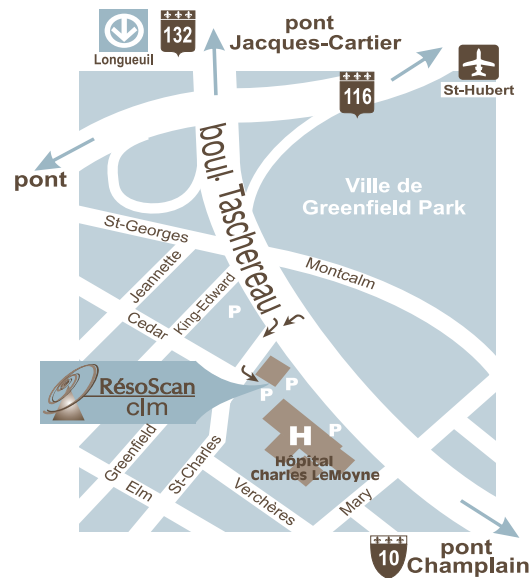
HEURES D'OUVERTURE / OPENING HOURS

Lundi au vendredi 8 h - 22 h Monday to Friday

Samedi et dimanche 8 h - 16 h 30 Saturday & Sunday

**Questionnaire à compléter par le médecin/dentiste  
et le patient avant une résonance magnétique**

**Questionnaire to be filled by physician/dentist  
and patient prior to an MRI**



## Contre-indications absolues – Absolute contraindications

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 un anévrisme cérébral ou sur une malformation artério-veineuse / Cerebral aneurysm or AVM metallic clip |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment métallique dans un œil / Metallic fragment in orbit or eye *  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment d'électrode ou guide métallique en place / Metallic electrode or guide-wire fragment *                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pontage coronarien / Coronary bypass   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire (oreille interne) / Cochlear Implant (inner ear) Type _____                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant oculaire ou Implant cornéen / Ocular implant or cornea implant Type _____                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant pénien magnétique / Magnetic penile implant Type _____   |

## Contre-indications relatives / Relative contraindications

OUI/YES NON/NO

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobie / Claustrophobia  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèses ou broches dentaires / dentures or orthodontic 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"/> | Catheter Swan Ganz ou/or Port-O-Cath   |
| <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"/> | Dérivation ventriculaire (shunt) métallique / Metallic ventricular shunt                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grossesse, combien de semaines? / Pregnancy, how many weeks?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie de moins de 3 mois, préciser / Surgery in the last 3 months, Specify _____                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse articulaire / Joint prosthesis Site _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracture traitée par tige, plaque, vis... / Fracture treated with rods, screws... Site _____         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tige(s) de Cotrel ou de Harrington / Harrington or Cotrel rod(s) Site _____                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agrafes, sutures ou mèches métalliques / Metallic staples or sutures Site _____                      |
| <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 in doubt, take an X-ray of the region in question before making your appointment.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin / Dentiste

\_\_\_\_\_  
Signature du patient / Patient signature

\_\_\_\_\_  
Date