



CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
MEDICAL IMAGING CENTER

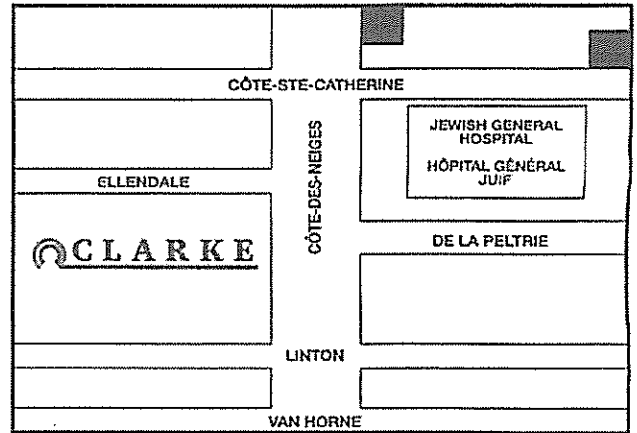


www.clarkradiology.com

5885 Côte-des-Neiges Suite #402
Montréal (Québec) H3S 2T2

T : 514-738-1164 Fax : 514-739-9065

IRM
MRI



IMPORTANT

**Veillez nous aviser 24hrs à l'avance si vous ne pouvez respecter votre rendez-vous
Please advise us 24h in advance if you are unable to be at your appointment**

**QUESTIONNAIRE
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT / CONSENT FORM**

- 1- Êtes-vous porteur ? / Do you have? :
 - a) Cardlostimulateur / Pacemaker Oui/Yes Non/No
 - b) Clip pour anévrisme cérébral / Clip on a cerebral aneurysm Oui/Yes Non/No
 - c) Implant oculaire ou cochléaire / Occular or cochlear implant Oui/Yes Non/No
 - d) Corps étranger oculaire / Ocular foreign body Oui/Yes Non/No
 - e) Pompe à insuline ou autre / Insulin or other pump Oui/Yes Non/No
 - f) Névrostimulateur ou biostimulateur / Neurostimulator ou biostimulator Oui/Yes Non/No
 - g) Implant pénien / Penile implant Oui/Yes Non/No
 - h) Filtre à veine cave / Vena cava Filter Oui/Yes Non/No
 - i) Prothèse valvulaire cardiaque / Cardiac prosthetic valve implant Oui/Yes Non/No
Spécifiez/Specify : _____
- 2- Y-a-t'il du métal dans votre corps / Is there any metal in your body Oui/Yes Non/No
Si oui, spécifiez/If yes, specify : _____
- 3- Avez-vous déjà subi ? / Have you ever had? :
 - a) Chirurgie cardiaque / Heart surgery Oui/Yes Non/No
Si oui, spécifiez/If yes, specify : _____
 - b) Chirurgie cérébrale / Brain surgery Oui/Yes Non/No
Si oui, spécifiez/If yes, specify : _____
 - c) Chirurgie oculaire / Eye surgery Oui/Yes Non/No
Si oui, spécifiez/If yes, specify : _____
 - d) Autres chirurgies / Others surgeries Oui/Yes Non/No
Si oui, spécifiez/If yes, specify : _____
- 4- Êtes-vous enceinte ? / Are you pregnant? Oui/Yes Non/No
Si oui, combien de semaines : / If yes, how many weeks : _____
- 5- Êtes-vous claustrophobe ? / Are you claustrophobic? Oui/Yes Non/No
- 6- Allergies ? Oui/Yes Non/No
Si oui, spécifiez/If yes, specify : _____
- 7- Avez-vous déjà été blessé par un objet métallique ? (en particulier aux yeux) / Have you ever been injured by a metallic body ? (Particularly to the eyes) Oui/Yes Non/No
- 8- Autres renseignements / Other information ?

CONSENTEMENT DU PATIENT / PATIENT CONSENT

Nom du patient / Patient Name : _____

Signature du patient / Patient Signature : _____ Date : _____

**IMPORTANT - COMPLÉTER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS ET TÉLÉCOPIER LES DEUX CÔTÉS
IMPORTANT - COMPLETE ALL THE INFORMATION AND SEND BOTH SIDES BY FAX**