



CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
MEDICAL IMAGING CENTER



www.clarkerradiology.com

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

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



PATIENT

Nom/Name : _____

RAMQ # : _____

Date de naiss. / Date of Birth : ____ / ____ / ____
J/D Mo An/Yr

Tél./Tel # : _____

Tél./Tel # : _____

EXAMEN D'IRM DEMANDÉ / MRI EXAMINATION REQUESTED

- Cerveau/Brain Hypophyse/Pituitary gland Orbites/Orbits Sinus/Sinonasal cavities
- Conduits auditifs internes/Internal auditory canals Tissus mous du cou/Soft tissues of the neck
- Colonne cervicale/Cervical spine Colonne dorsale/Dorsal spine Colonne lombo-sacrée/Lumbo-sacral spine
- Pelvis Abdomen Thorax Plexus brachial/Brachial plexus
- Autre/Other : _____

IRM MUSCULO-SQUELETTIQUE / MSK MRI

Arthrographie/Arthrogram

- Épaule/Shoulder D/R G/L Coude/Elbow D/R G/L Poignet/Wrist D/R G/L Main/Hand D/R G/L
- Hanche/Hip D/R G/L Genou/Knee D/R G/L Cheville/Ankle D/R G/L Pied/Foot D/R G/L

ANGIOGRAPHIE IRM / MRI ANGIOGRAPHY

- Cerveau/Brain Aorte/Aorta Reins/Kidneys Cou/Neck Autre/Other : _____

CSST SAAQ Dossier / File : _____ _____ / _____ / _____
 Date de l'évènement
 Nom de l'agent / Agent's name : _____ Date of event
 J/D / Mo / An/Yr
 Tél. de l'agent/ Agent's Tel. : _____

INDICATIONS CLINIQUES / CLINICAL INDICATIONS



MÉDECIN TRAITANT / REFERRING PHYSICIAN

Permis / License : _____

Nom / Name : _____

Télec. / Fax : _____

Signature : _____

Tél. / Tel. : _____

IMPORTANT – COMPLÉTER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS ET TÉLÉCOPIER LES DEUX CÔTÉS
IMPORTANT – COMPLETE ALL THE INFORMATION AND SEND BOTH SIDES BY FAX
NOUS AVISER 24HRS À L'AVANCE EN CAS D'ANNULATION / ADVISE US 24H IN ADVANCE FOR CANCELLATION