

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:

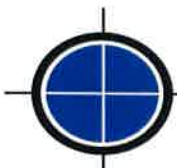
\_\_\_\_\_

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
- Lombaire
- 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 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:

Renseignements cliniques et diagnostique provisoire  
(obligatoire):

Médecin requérant: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_ Téléc: \_\_\_\_\_