



CHAMPLAIN SURGICAL Solutions

FAX ☎ 1-800-413-7081 TEL ☎ 1-800-413-8090
WWW.CHAMPLAINSURGICALSOLUTIONS.CA

PT NAME/ NOM DU PATIENT: _____
DOB/DDN: _____
ADDRESS/ADRESSE: _____
RAMQ: _____
TEL/ TÉL: _____

MRI REQUISITION FORM - RAMQ PATIENT/ REQUÊTE IRM - PATIENT RAMQ

CLINIC NAME/NOM DE LA CLINIQUE: _____

FAX: _____ TEL/TÉL: _____

PHYSICIAN'S NAME/ NOM DU MÉDECIN: _____ DATE: _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE/ SIGNATURE DU MÉDECIN: _____ LICENCE/PERMIS: _____

History and Differential Diagnosis/ Antécédents médicaux et diagnostic différentiel :

Has patient ever worked with metal or has metal ever gone in or close to the eyes/ Le patient a-t-il déjà travaillé avec des métaux ou as-t-il déjà reçu une particule de métal dans l'oeil? Yes/Oui No/Non

If yes, referring Physician to order x-ray of the orbits and submit report with requisition/ Si oui, médecin requérant doit obtenir des radiographies des orbites et soumettre le rapport avec la requête.

REGION TO BE EXAMINED/ RÉGION À EXAMINER	DOES THE PATIENT HAVE?		CLINICAL INFORMATION/LES DONNÉES CLINIQUES
<input type="checkbox"/> Brain/Cerveau	YES/ OUI	NO/ NON	History of kidney disease/ Antécédents de maladie du rein? Claustrophobia/ Claustrophobie? Heart Stents/ Endoprothèses vasculaires? Make/Marque _____ Model/Modèle _____ A pacemaker or defibrillator/ Stimulateur cardiaque ou un défibrillateur? Brain aneurysm clips/ Pincés d'anévrisme? Neurostimulator/ Stimulateur de neurones? Cochlear or ear implants/ Cochléaire ou implants d'oreilles? Eye implants/ Implants oculaires? Bullets or shrapnel/ Balles ou éclat d'obus? Possible pregnancy/ Grossesse possible? Any other implanted devices/ D'autres prothèses médicales implantables? Please Specify/ Veuillez préciser: _____
<input type="checkbox"/> C Spine/Colonne C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> T Spine /Colonne T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> L Spine/Colonne L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Shoulder/Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Knee/Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Pelvis/Pelvien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

eGFR/:	_____
R-EGF	_____
Date:	_____

Does the patient require sedation/ Est-ce qu'il faut administrer un sédatif au patient?
Yes/Oui No/Non (To be provided by the referring physician/ Doit être fournie par le médecin requérant)

Height/Taille _____ Weight/Poids _____

PATIENT UNDERSTANDS THAT THEY WILL BE CHARGED AN ADMINISTRATIVE FEE BY CSS TO PROCESS THE REQUISITION/ PATIENT COMPREND QU'IL SERA FACTURÉ DE FRAIS ADMINISTRATIFS PAR CSS POUR TRAITER LA DEMANDE.

THIS SECTION FOR BOOKING OFFICE ONLY/ CETTE SECTION EST RÉSERVÉE À L'USAGE DU BUREAU: Priority 1 2 3 4

Appointment Date: _____ Appointment Time: _____
Protocol: _____ Allocated Time: _____