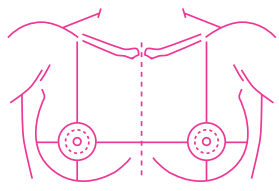


**DEMANDE D'EXAMEN PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) DU SEIN
EXAM REQUEST FORM FOR BREAST MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI)**

Autres examens IRM (Voir verso) Other MRI Exams (See reverse)

		N° Dossier :
Nom du patient / de la patiente <i>Patient name :</i>		Prénom(s) / Surname :
Adresse / Address :		
Tél. / Tel. (Rés. / Home) : ()	Bur./Off. : ()	Cell. : ()
Date de naissance <i>D.O.B. :</i>	(A / Y M / M J / D)	N° Ass. Mal. : <i>Medicare No</i>
Médecin requérant <i>Referring physician</i> Nom/Name		N° de pratique <i>Licence No</i>
Adresse <i>Address</i>		Courriel <i>E-Mail</i>
Tél. <i>Tel. ()</i>	Télec. <i>Fax ()</i>	Signature du MD requérant <i>Referring physician's signature</i>

<p>EXAMEN(S) REQUIS EXAM(S) REQUESTED</p> <p><input type="checkbox"/> IRM du sein (avec agent de contraste) <i>Breast MRI (With contrast)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie du sein (Biopsie guidée par IRM) <i>Breast biopsy (MRI Guided Biopsy)</i></p>		<p>COMMENTAIRES DU MÉDECIN / PHYSICIAN'S ADDITIONAL NOTES</p>
--	--	--

**PRINCIPALES INDICATIONS POUR UN EXAMEN DU SEIN PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
PRINCIPAL INDICATIONS FOR BREAST MAGNETIC RESONANCE IMAGING**

<p><input type="checkbox"/> Évaluer l'étendue du cancer du sein connu en phase préopératoire <i>Evaluate the extent of known breast cancer prior to surgery</i></p> <p><input type="checkbox"/> Faire le bilan d'extension du cancer du sein connu <i>Staging of known breast cancer</i></p> <p><input type="checkbox"/> Monitorer la réponse à la chimiothérapie, à l'hormonothérapie et/ou à la chirurgie <i>Monitor response to chemotherapy, hormoneotherapy and/or surgery</i></p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie mammaire guidée par résonance magnétique pour une lésion seulement détectée par résonance magnétique <i>MR-guided breast biopsy for MR-detected lesion only</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Évaluer la récurrence locale du cancer du sein <i>Assess local breast cancer recurrence</i></p> <p><input type="checkbox"/> Métastases aux ganglions axillaires avec cancer primitif inconnu <i>Axillary lymph node metastases with unknown primary</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage chez les patientes à risque élevé <i>High risk patient screening</i></p> <p><input type="checkbox"/> Aider au suivi des patientes ayant reçu des implants mammaires au silicone <i>Help monitor patients with breast silicone implants</i></p>
---	--

POUR TOUS LES PATIENTS / FOR ALL PATIENTS

**Veillez prendre note : ne rien manger ni boire trois heures avant l'examen.
Please take note: Do not eat or drink 3 hours before exam.**

Est-ce que le patient ou la patiente est claustrophobe? / *Is the patient claustrophobic?* Oui/Yes Non/No

Le Centre IRM du sein Ville Marie est un des seuls emplacements qui dispose de fenêtres, ce qui minimise grandement les risques de claustrophobie chez les patient/es. *The Ville Marie Breast MRI Center is one of the only such centers equipped with windows, significantly minimizing the risk of claustrophobia in patients.*

NOTE : SVP, nous faire parvenir cette demande par télécopieur ou par la poste. Nous communiquerons avec votre patient/e afin de nous assurer de son admissibilité à cet examen IRM.
Please fax or mail us this request. Our staff will contact your patient to ensure eligibility for this MRI exam.

Ces examens ne sont pas couverts par la RAMQ. Le patient doit assumer les coûts des examens. Paiements : carte de débit, carte de crédit Visa ou MasterCard, chèque.
Medicare does not cover these exams. There is therefore a charge to the patient. Payment: debit card, Visa or MasterCard, cheque.

