

REQUÊTE D'EXAMEN : RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Carte d'assurance-maladie: plaquez ici

Carte de l'hôpital: plaquez ici

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Examen demandé :

Renseignements cliniques :

Nom du médecin :

Signature du médecin :

No de permis :

Date :

Nom et coordonnées du médecin de famille :

AFIN D'ASSURER LA SÉCURITÉ DU PATIENT, IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO DE LA REQUÊTE.

Patiente enceinte OUI _____ NON _____

Allergie au gadolinium OUI _____ NON _____

CRÉATININE

Valeur créatinine : _____ GFR : _____ Date : _____

URGENCE

À FAIRE CE JOUR SANS FAUTE _____
D'ICI UNE SEMAINE _____

MAJEURE : _____

MINEURE : _____

CIVIÈRE : _____

FAUTEUIL : _____

Apposez l'autocollant avec le code à barres ici

Appels faits : 1- _____ 2- _____ 3- _____

Date du rendez-vous : _____ Heure : _____

PROTOCOLE : (RÉSERVÉ AU RADIOLOGUE)

Gadolinium OUI _____ NON _____ +/- _____

Questionnaire bleu OUI _____ NON _____

Présence : OUI _____ NON _____ Voir _____ Ne pas voir _____

Priorité _____

Autres séquences : _____

	Tête	Abdomen
Standard	Standard _____	Foie _____
_____	Épilepsie _____	Reins _____
_____	SEP _____	Pancréas _____
_____	CAI _____	Surrénales _____
_____	Willis _____	MRCP _____
Arthro IRM	Trijumeau _____	Rectum _____
_____	Hypophyse _____	Pelvien _____

Colonne:

Cervicale _____ Dorsale _____ Lombaire _____

PROTOCOLÉ PAR : _____

Besoin avant l'examen : CD-ROM examen antérieur _____ Rapport d'examen antérieur _____ Protocole opératoire _____

Patient

**** Vous devez nous faire parvenir votre prescription d'examen par la poste, par télécopie au numéro (514) 362-2945 ou la déposer à la réception du service d'imagerie médicale ****

**** Lors de votre visite, assurez-vous d'avoir en votre possession votre carte d'assurance maladie valide et votre carte de l'hôpital valide. Si vous n'avez pas de carte de l'hôpital valide, présentez-vous au centre de rendez-vous au local R-354 trente minutes avant votre rendez-vous afin de vous en procurer une ****