

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

**Pour rendez-vous; S.V.P APPELEZ
au (514) 765 - 7341**

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 _____

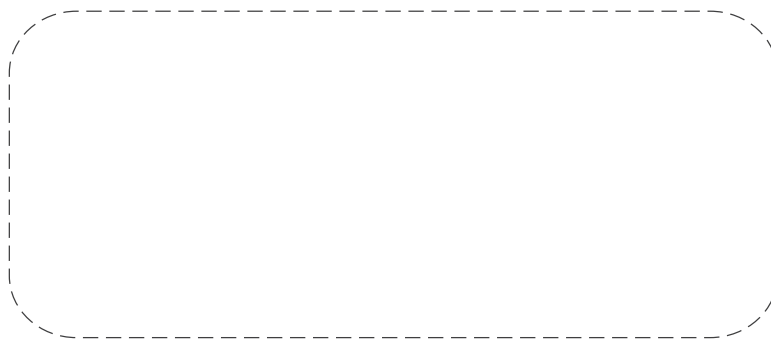
PROTOKOLÉ PAR : _____

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. ***



QUESTIONNAIRE D'EXAMEN : RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Par mesure de sécurité, il est essentiel que le questionnaire suivant soit rempli par le médecin traitant et son patient.

Oui - Non **PORTEZ-VOUS : (CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES)**

- 1- un stimulateur cardiaque (pacemaker) / défibrillateur implanté ?
- 2- un clip sur un anévrisme cérébral ?
- 3- un implant cochléaire (oreille interne) ?
- 4- corps étranger métallique dans les yeux même si enlevé ou reçu il y a longtemps ? si OUI, passez une radiographie des orbites et joindre le rapport à la demande.
- 5- un neurostimulateur (TENS) ?
- 6- une pompe à insuline implantée ?
- 7- un cathéter de SWAN-GANZ ?
- 8- une prothèse oculaire magnétique ? Type : _____
- 9- un implant pénien ?

PORTEZ-VOUS : (CONTRE-INDICATIONS RELATIVES)

- 1- une valve cardiaque ?
- 2- un clip vasculaire, filtre, endoprothèse (stent) vasculaire, matériel d'embolisation ?
- 3- pontage coronarien ?
- 4- un membre artificiel ?
- 5- tout autre implant ou métal, tel éclats d'obus, balle, matériel orthopédique ? si OUI, précisez : _____

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale :

- 1- de la colonne ? Si OUI, précisez : _____
- 2- musculosquelettique ? Si OUI, précisez : _____
- 1- Êtes-vous enceinte ? Si OUI, de combien de semaines ? : _____
- 2- Allaitiez-vous ?
- 3- Souffrez-vous d'allergies ?
- 4- Êtes-vous claustrophobe ?
- 5- Quel est votre poids ? (Maximum 350 lb) _____
- 6- Autres commentaires : _____

Signature du médecin

Date

Signature du patient