

Nom

Dossier

Téléphone

RAMQ

Résonance magnétique (IRM)

Téléphone : (450) 431-8300

Télécopieur : (450) 431-8750

PROVENANCE :  Hospitalisé  Externe  Urgence  Autres

Centre Hospitalier référant : \_\_\_\_\_ # poste : \_\_\_\_\_

Isolement N  O  (précisez) \_\_\_\_\_

→ L'original de la demande vous sera demandé lors de votre rendez-vous.

**EXAMEN DEMANDÉ IRM**

Cérébral  Rachis ( Cervical  Dorsal  Lombaire)  Extrémités : \_\_\_\_\_

Cou  Thorax  Abdomen  Pelvien

Angio-Résonance (Région: \_\_\_\_\_)  Autres : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS OBLIGATOIRES**

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin    Licence    Date

**PAR MESURE DE SÉCURITÉ, QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET LE PATIENT**

**Êtes-vous porteur de :**

Stimulateur cardiaque (pacemaker), Défibrillateur, Neurostimulateur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Implant cochléaire?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pompe à insuline ou à chimiothérapie métallique sous-cutanée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été blessé(e) aux yeux par un corps étranger métallique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré pour une rétinoplastie?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Clip sur anévrisme cérébral? Modèle? _____ Année? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prothèse valvulaire cardiaque? Modèle? _____ Année? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pontage coronarien? Vérification d'électrodes épiscopardiques par RX poumons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Filtre à veine cave? Modèle? _____ Année? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Implant oculaire ? Modèle? _____ Année? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prothèse auditive externe?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une opération au cerveau, colonne ou autre ? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dérivation ventriculaire ou shunt ? Modèle? _____ Année? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Tige ou cerclage métallique (EX : colonne cervicale) : région : _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Implant pénien ? Modèle? _____ Année? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous allergique au gadolinium? Type de réaction, spécifier : _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous allergique à l'iode? Type de réaction, spécifier : _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous atteint d'insuffisance rénale?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous claustrophobe? (si oui, prévoir médication)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses dentaires ? Des tatouages ? Des timbres transdermiques ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des possibilités d'être enceinte?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Chirurgie récente ≤ 12 semaines ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre poids? _____		

J'ai complété avec mon médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en **Résonance Magnétique**.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

J'ai révisé avec le/la technologue le questionnaire et les réponses sont exactes. Le technologue m'a informé au sujet de la sécurité, on a répondu de façon satisfaisante à toutes mes questions et je consens à passer l'examen.

\_\_\_\_\_  
Signature du technologue

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du patient