



DT9481

REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (Âge minimal : 18 ans)

**Attention : favoriser les protocoles de l'Accueil clinique
(si disponibles) avant de remplir ce formulaire**

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires					
À quel(s) diagnostic(s) suspecté(s) doit répondre l'examen :					
Signes et symptômes justifiant l'examen :					
Région(s) anatomique(s) visée(s) pour l'examen : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Rachis : <input type="checkbox"/> cervical <input type="checkbox"/> thoracique <input type="checkbox"/> lombaire <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Membre supérieur <input type="checkbox"/> Membre inférieur <input type="checkbox"/> Autre(s) Précisions sur la région anatomique :					Latéralité(s) <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Condition(s) clinique(s) Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois (90 jrs)					
PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée)					
Tête	<input type="checkbox"/> Évaluation SEP ou autres pathologies en neurologie subaiguë ou évolutive (RMN cérébrale ou autre)	C	Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/> Maladie de la coiffe des rotateurs avec échec au traitement	D
Rachis	<input type="checkbox"/> Cervicalgie avec atteinte fonctionnelle importante	C		<input type="checkbox"/> Lésion ligament croisé du genou (antérieur ou postérieur)	C
	<input type="checkbox"/> Lombalgie avec atteinte fonctionnelle importante chez usager ≤ 50 ans	C		<input type="checkbox"/> Évaluation des ménisques ou dérangement interne du genou	D
	<input type="checkbox"/> Suspicion hernie discale	D	Arthro IRM	<input type="checkbox"/> Arthro IRM <i>(Prérequis: imagerie conventionnelle suggérant poursuite de l'investigation en arthro IRM)</i>	C
<input type="checkbox"/> Suspicion sténose spinale	D	<input type="checkbox"/> Arthro IRM (sans réalisation préalable d'un examen IRM conventionnelle)		D	
Abdomen	<input type="checkbox"/> Lésion hépatique	B			
	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; HAUTE suspicion			B	
<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; FAIBLE suspicion			C		
Autre(s)	<input type="checkbox"/> AUTRE(S) CONDITIONS(S) CLINIQUE(S) non standardisée au formulaire <i>*Préciser la condition et justifier la priorité dans "Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires"</i>				Priorité clinique
SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE					
Examen demandé :					
<input type="checkbox"/> Suivi d'un kyste pancréatique (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <input type="checkbox"/> Suivi d'une anomalie documentée dans la même modalité , spécifier l'anomalie : _____ <input type="checkbox"/> Caractérisation d'une anomalie vue dans une autre modalité , spécifier l'anomalie: _____ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____					
Date du dernier examen de suivi : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ Délai(s) cible(s)* suivant dernier examen : <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 9 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/> 24 mois <i>*Sélectionner maximum 2 délais cibles</i>					
Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) présent(s) au DSQ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, joindre rapport à la requête) • Réalisé(s) localement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, préciser l'installation/point de services) : _____ • Date de réalisation : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____					

Nom et prénom de l'usager	N° d'assurance maladie
---------------------------	------------------------

FACTEURS DE RISQUE (cocher le ou les facteurs de risques associés sinon, cocher "aucun facteur de risque")

Ins. rénale ou rein unique
 Greffe rénale
 Suivi en néphrologie ou urologie
 Aucun facteur de risque

En présence d'un facteur de risque, il est OBLIGATOIRE d'obtenir les résultats de créatinine et de DFGe

DFGe et créatinine réalisés dans les 3 derniers mois :

Date (année, mois, jour)	Résultat de créatinine	Résultat DFGe
--------------------------	------------------------	---------------

Si non réalisée ou résultats > 3 mois, prescription d'analyse remise au patient pour qu'il la réalise dans les meilleurs délais.

TYPE D'ALLERGIE

Gadolinium Oui. Spécifier type de réaction :
 Si oui, je confirme avoir remis à l'usager une prescription pour la prémédication¹
 Non

¹ American College of Radiology (ACR). ACR Manual on Contrast Media, 2021. ACR Committee on. Drugs and Contrast Media. Patient selection and preparation strategies before contrast medium administration; p. 5-13. ISBN: 978-1-55903-012-0. Disponible en ligne [https://www.acr.org/Clinical-Resources/Contrast-Manual], consulté le 5 mars 2022.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES	Oui	Non		Oui	Non
« Clip » sur anévrisme cérébral (si installé avant 1985, non compatible IRM)			Fragment(s) métallique(s) dans les yeux <i>*Même si enlevé, inclure rapport de radiographie confirmant le retrait</i>		
Cathéter « Swan-Ganz »			Neuro ou bio stimulateur		

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES*	Oui	Non		Oui	Non
Stimulateur cardiaque (pacemaker), défibrillateur ou fragments d'électrodes			Pompe à insuline implantée sous la peau		
Endo-prothèse (Stent) Date d'implantation :			Prothèse ou implant pénien		
Filtre à veine cave Modèle :			Stérilet Modèle :		
DVP (SHUNT)			Extenseurs mammaires		
Implant oculaire			Grossesse en cours DDM :		
Implant cochléaire			Possibilité d'être enceinte <i>Si doute, prescrire BHCG avant l'examen</i>		
Fragment(s) métallique(s) sur le corps (p. ex. : éclat d'obus, projectile d'arme à feu, autre)					

*En présence d'une contre-indication relative nécessitant une prise en charge, je confirme avoir communiqué avec le radiologiste local

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Claustrophobie : Oui (le médecin référent doit prescrire une **médication** et l'usager prévoir un **accompagnateur**) Non
Prothèse(s) articulaire(s) : Oui (préciser) : Non
Chirurgie(s) antérieure(s) : Tête Rachis Cœur Rein (créatinine et DFGe requis) Aucune
 Autre (préciser) :

SIGNATURES

J'ai revu le questionnaire avec l'usager et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts

Médecin/IPSPL² référent	Signature	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour
Technologue	Signature	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour

Identification du référent et du point de service

Nom du référent	N° de permis	Estampe	
Ind. rég. N° de téléphone	N° de poste		Ind. rég. N° de télécopieur
Nom du point de service			
Signature	Date (année, mois, jour)		

Médecin de famille / IPSPL² : Idem au référent Usager sans médecin de famille / IPSPL **Référence nominative (si requis)**

Nom du médecin de famille / IPSPL	Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :	
Nom du point de service		
Nom du médecin en copie conforme		N° de permis

² Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne