



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 :					
<b>Région(s) anatomique(s)</b> 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 :					<b>Latéralité(s)</b> <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<b>Condition(s) clinique(s)</b>		<b>Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois (90 jrs)</b>			
<b>PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée)</b>					
<b>Tête</b>	<input type="checkbox"/> Évaluation <b>SEP</b> ou autres pathologies en neurologie <b>subaiguë</b> ou évolutive (RMN cérébrale ou autre)	<b>C</b>	<b>Musculo-squelettique</b>	<input type="checkbox"/> Maladie de la <b>coiffe des rotateurs</b> avec échec au traitement	<b>D</b>
<b>Rachis</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cervicalgie</b> avec atteinte fonctionnelle importante	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Lésion <b>ligament</b> croisé du <b>genou</b> (antérieur ou postérieur)	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Lombalgie</b> avec atteinte fonctionnelle importante chez usager ≤ 50 ans	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Évaluation des <b>ménisques</b> ou dérangement interne du genou	<b>D</b>
	<input type="checkbox"/> Suspicion <b>hernie</b> discale	<b>D</b>	<b>Arthro IRM</b>	<input type="checkbox"/> <b>Arthro IRM</b> <i>(Prérequis: imagerie conventionnelle suggérant poursuite de l'investigation en arthro IRM)</i>	<b>C</b>
<input type="checkbox"/> Suspicion <b>sténose</b> spinale	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> <b>Arthro IRM</b> (sans réalisation préalable d'un examen IRM conventionnelle)		<b>D</b>	
<b>Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> Lésion <b>hépatique</b>	<b>B</b>			
	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; <b>HAUTE</b> suspicion			<b>B</b>	
<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; <b>FAIBLE</b> suspicion			<b>C</b>		
<b>Autre(s)</b>	<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>				<b>Priorité clinique</b>
<b>SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE</b>					
<b>Examen demandé :</b>					
<input type="checkbox"/> Suivi d'un <b>kyste pancréatique</b> (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <input type="checkbox"/> Suivi d'une anomalie documentée dans la <b>même modalité</b> , spécifier l'anomalie : _____ <input type="checkbox"/> Caractérisation d'une anomalie vue dans une <b>autre modalité</b> , spécifier l'anomalie: _____ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____					
<b>Date du dernier examen de suivi :</b> Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <b>Délai(s) cible(s)* suivant dernier examen :</b> <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>					
<b>Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) présent(s) au DSQ :</b> <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'utilisateur	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'utilisateur une prescription pour la prémédication<sup>1</sup>  
 Non

<sup>1</sup> 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'utilisateur 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'utilisateur et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts

<b>Médecin/IPSPL<sup>2</sup> référent</b>	Signature	N° de permis	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour
<b>Technologue</b>	Signature	N° de permis	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour

**Identification du référent et du point de service**

Estampe

Nom du référent	N° de permis
Ind. rég. N° de téléphone	N° de poste
Ind. rég. N° de télécopieur	
Nom du point de service	

<b>Signature</b>	Date (année, mois, jour)
------------------	--------------------------

**Médecin de famille / IPSPL<sup>2</sup> :**  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	Nom du point de service
----------------------------------	--------------	-------------------------

<sup>2</sup> Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne