



DT9483

QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE POUR LA RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

À remplir par le médecin et par l'utilisateur

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			

FACTEURS DE RISQUES (cocher le ou les facteurs de risque associés)					
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Goutte	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Ins. rénale	<input type="checkbox"/> Protéines dans urine	
<input type="checkbox"/> Dialyse					
<input type="checkbox"/> Probl. rénaux, spécifier : _____					
En présence d'un facteur de risque, il est OBLIGATOIRE d'obtenir les résultats de créatinine ainsi que le DFGe					
<input type="checkbox"/> DFGe et créatinine réalisés dans les 6 derniers mois :	Date (année, mois, jour)	Résultat de créatinine	Résultat DFGe		
<input type="checkbox"/> Si non faites, analyses prescrites à l'utilisateur en l'avisant de les réaliser dès que possible.					
TYPE D'ALLERGIE					
<input type="checkbox"/> Aucune Sinon, spécifier : _____					
CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES		Oui	Non	Oui	Non
Cathéter « Swan-Ganz »				Fragment(s) métallique(s) dans les yeux ou sur le corps (ex. : éclat d'obus, projectile d'arme à feu, autre) <i>Même si enlevé, faire une radiographie et inclure rapport</i>	
« Clip » sur anévrisme cérébral (si installé avant 1985, non IRM compatible)					
Neuro ou bio stimulateur					
CONTRE-INDICATIONS RELATIVES		Oui	Non	Oui	Non
Stimulateur cardiaque (pacemaker) ou défibrillateur Modèle : _____				Pompe à insuline implantée sous la peau	
Endo-prothèse (Stent) Date d'implantation : _____				Prothèse articulaire (tige, plaque, vis, clou) Date d'implantation : _____	
Filtre à veine cave Modèle : _____				Stérilet Modèle : _____	
DVP (SHUNT)				Prothèse ou implant pénien	
Implant oculaire				Grossesse en cours DDM : _____	
Implant cochléaire				Possibilité d'être enceinte <i>Si doute, prescrire BHCG avant l'examen</i>	
Fragments d'électrodes					
CLAUSTROPHOBIE					
<input type="checkbox"/> Oui (si oui, le médecin référent doit prescrire une médication) <input type="checkbox"/> Non					
CHIRURGIES ANTÉRIEURES					
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Colonne <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Rein (créatinine et DFGe requis) <input type="checkbox"/> Autre : _____					
SIGNATURES					
<input type="checkbox"/> J'ai revu le questionnaire avec l'utilisateur et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts.					
Médecin référent		N° de permis	Date	Année	Mois
				Jour	
Technologue		N° de permis	Date	Année	Mois
				Jour	