

DEMANDE D'EXAMEN
IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Téléphone : 450 473-6811 poste 42210
 Sans frais : 1 888 234-3837
 Télécopieur : 450 473-1240

Hôpital de Saint-Eustache
Département d'imagerie médicale
 520, boul. Arthur-Sauvé
 Saint-Eustache (Québec)
 J7R 5B1

DATE	CHAMBRE ET LIT	DOSSIER
NOM		
PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE	
RAMQ	EXP	
Autre # téléphone (travail)		

EXAMEN DEMANDÉ

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cérébral | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Hypophyse / selle turcique | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Conduit auditifs internes | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire | <input type="checkbox"/> Épaule | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Articulations temporo-mandibulaires | | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| | | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Cholangio-résonance (MRCP) | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Seins | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Pelvien | | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Angio-résonance : | _____ | | | |
| | Spécifier la région | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre région : | _____ | | | |
| | Spécifier la région | | | |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS ET OBLIGATOIRES

MÉDECIN RÉFÉRANT

S.V.P. Compléter le questionnaire de consentement au verso de ce formulaire et y apposer votre signature

Date de la demande

Signature du médecin

No licence

Un taux estimé de filtration glomérulaire (TeFG) sera fait pour les patients avec facteur de risque d'insuffisance rénale ET nécessitant un examen avec injection de Gadolinium intraveineux.

POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS

- Veuillez nous faire parvenir la requête d'examen incluant le questionnaire et la formule de consentement complétée et dûment signée soit par télécopieur au (450) 473-2868.
- Inscrire un numéro de téléphone où nous pourrions rejoindre le patient entre 8h00 et 16h00 du lundi au vendredi.
- Nous contacterons le patient pour fixer le rendez-vous.
- Lors de son rendez-vous, le patient devra apporter les examens radiologiques antérieurs pertinents à l'examen (IRM, SCAN, RX).

ESPACE RÉSERVÉ À LA RADIOLOGIE

Protocole d'examen

Remarques / Commentaires

CONSENTEMENT POUR TOUT EXAMEN DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE / CONSENT FOR ALL MRI EXAMS

Toutes les questions de ce segment doivent être répondues. / Please answer all questions of the following section.

--	--

Taille / Height : cm Poids / Weight : Kg

Prendre note que la région à examiner doit avoir un diamètre inférieur à 60 cm et que la table d'examen accepte un poids maximal de 350 lbs (159,1 Kg)

	Oui / Yes	Non /No
Avez-vous déjà subi des chirurgies (cœur, cerveau, ou autre)? <i>Have you ever had surgery (heart, brain, other)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez? / <i>If yes, specify?</i> _____		
Êtes-vous enceinte? / <i>Are you pregnant?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez? / <i>If yes, specify?</i> _____		
Êtes-vous claustrophobe? / <i>Are you claustrophobic?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'insuffisance rénale / <i>Do you suffer from renal insufficiency?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous porteur d'un/e ... : / <i>Do you have a ... :</i>	Contre-indications absolues	
Stimulateur cardiaque? / <i>Cardiac pacemaker?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clip sur un anévrisme cérébral? / <i>Clip on a cerebral aneurysm?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur ou biostimulateur? / <i>neurostimulator or biostimulator?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline ou à chimiothérapie? / <i>insuline pump or chemotherapy pump?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous porteur d'un/e ... : / <i>Do you have a ... :</i>	Contre-indications relatives	
Prothèse oculaire ou cochléaire ou auditive? / <i>an ocular, cochlear, internal auditory implant?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps étranger intra-oculaire? / <i>an ocular foreign body?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse mammaire, implant pénien, marqueur, clip? / <i>breast implants, penile implant, markers, clips?</i> Pour les prothèses mammaires, précisez : eau ou silicone / <i>If breast implants, specify : water or silicone</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontage coronarien? / <i>coronary bypass graft electrode?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps métallique (par exemple, prothèse, tige, agrafes chirurgicales, éclats d'armes à feu)? / <i>metal (e.g. prosthesis, rod, surgical clips, bullet wound)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez? / <i>If yes, specify?</i> _____		
Appareil orthodontique permanent? / <i>braces or permanent dental work?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perçage corporel ou tatouage(s) ou maquillage permanent / <i>body piercing or tattoos or permanent make up?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timbre transdermique pour administration de médicament? / <i>nicotine patch for administering medicine?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ai revu le questionnaire avec mon médecin et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts. Je consens à passer l'examen de résonance magnétique. / *I have reviewed the above questionnaire with my physician. The information is correct and complete and I consent to the MRI examination.*

Signature du médecin

Signature du patient

Date

J'ai revu avec le (la) technologue le questionnaire ci-dessus. / *I have reviewed the above questionnaire with the MRI technologist.*

Signature du technologue

Signature du patient

Date