

**DEMANDE D'EXAMEN  
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

**LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES  
DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.**

**Provenance de la demande:**

- Hospitalisée                       Urgence  
 Soins ambulatoires             Consultations externe  
 Clinique médicale extérieure

**Mobilité :**

- Ambulant    Fauteuil roulant  
 Civière      Lit  
 Chevet

**Lieu de l'examen :**

- Première disponibilité  
 HEJ    HSS    L'HDQ  
 CHUL    HSFA

**Précautions additionnelles:**  Non    Oui    Ne sais pas

Si oui, préciser :  Aérienne    Gouttelettes/contact    Contact    Contact renforcé    autre \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité du MSSS :**    Urgent (0 à 24 heures)    A (0-3 jours)    B (4-10 jours)    C (11-28 jours)

D (moins de 3 mois) \_\_\_\_\_  E (plus de 3 mois) \_\_\_\_\_  Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

CSST    SAAQ    Projet de recherche : \_\_\_\_\_

**EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) :** \_\_\_\_\_

Biopsie IRM    Droite    Gauche    IRM Fonctionnelle (indications obligatoires au verso)

**Indications cliniques et question à laquelle l'examen doit répondre:** \_\_\_\_\_

**Examen antérieur dans un autre milieu?**  Non    Oui   Lieu : \_\_\_\_\_  IRM  TDM  ÉCHO

**INDICATIONS OBLIGATOIRES - Contre-indications relatives**    Non    Oui (voir indications au verso)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiostimulateur ou défibrillateur   | <input type="checkbox"/> Chirurgie au cœur (clip cardiaque, valve cardiaque mécanique, implant correcteur du septum) | <input type="checkbox"/> Prothèse auditive                                    |
| <input type="checkbox"/> Neurostimulateur  | <input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire (filtre endovasculaire, coils, stent)                                   | <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne                                    |
| <input type="checkbox"/> Implant cochléaire  | <input type="checkbox"/> Chirurgie aux oreilles  | <input type="checkbox"/> Timbre cutané médicamenteux ou timbre d'argent       |
| <input type="checkbox"/> Corps étranger métallique dans les yeux ou autres parties du corps                  | <input type="checkbox"/> Expanseur mammaire, reconstruction mammaire   | <input type="checkbox"/> Claustrophobie                                       |
| <input type="checkbox"/> Pompe médicamenteuse implantée (ex. insuline) ou lecteur cutané (patch) de glycémie | <input type="checkbox"/> Prothèse oculaire   | <input type="checkbox"/> Maquillage permanent, tatouage, faux-cils magnétique |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie au cerveau (clip, coil, valve, dérivation)                                |  | <input type="checkbox"/> Poids supérieur à 136 kg ou 300 lb                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Stérilet, pessaire                                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Grossesse  |

**Résultat de la DFG estimé ou créatininémie obligatoire si présence d'un facteur de risque** (indications au verso)

DFG estimé : \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m<sup>2</sup>   Créatininémie : \_\_\_\_\_ mcmol/L   Poids de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ kg   \_\_\_\_\_ lb

**Réaction(s) à un produit de contraste (gadolinium)**  Non    Oui   Type de réaction(s) : \_\_\_\_\_

**Médecin demandeur** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

C. C. : \_\_\_\_\_

**OBLIGATOIRE : Remplir le verso**

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**IRM fonctionnelle (section réservée au Département des sciences neurologique HEJ)**

Langage :	<input type="checkbox"/> Antérieur	<input type="checkbox"/> Postérieur	<input type="checkbox"/> Latéralisation	<input type="checkbox"/> Aires visuelles	<input type="checkbox"/> Aires auditives	
<input type="checkbox"/> Moteur	<input type="checkbox"/> Sensitive	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Membre supérieur	<input type="checkbox"/> Membre inférieur	<input type="checkbox"/> Bouche

**Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque présent**

(Usager externe valide dans le dernier 6 mois, usager hospitalisé dans les derniers 72 heures)

<input type="checkbox"/> Plus de 70 ans	<input type="checkbox"/> Septicémie
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Rein unique	<input type="checkbox"/> Greffe d'organe
<input type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/> Médicaments néphrotoxiques
<input type="checkbox"/> Chimio active ou antérieure (6 dernières semaines)	

**Contre-indications relatives**

Plusieurs dispositifs ci-dessous sont fabriqués dans un matériel compatible avec l'IRM.

Fournir le numéro du modèle exact du dispositif ainsi que sa marque de commerce ou fournir le protocole opératoire.

Cardiostimulateurs/Défibrillateur	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie au cerveau (clip, coil, valve, dérivation)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie au cœur (clip cardiaque, valve cardiaque mécanique, implant correcteur du septum)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse vasculaire (filtre endovasculaire, coils, stent)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Neurostimulateur/ pompe intrathécale	N° de modèle : _____ Cie : _____
Pompe médicamenteuse implantée (ex. insuline) ou lecteur cutané (patch) de glycémie (retiré avant IRM)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Implant cochléaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie aux oreilles Prothèse auriculaire ou ossiculaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse d'expansion mammaire ou pénienne	N° de modèle : _____ Cie : _____
Stérilet ou pessaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Claustrophobie	Généralement un anxiolytique permet au patient de tolérer l'examen.
Poids supérieur à 136 kg ou 300 lb	C'est la largeur des épaules et le diamètre de l'abdomen qui limitent l'entrée dans l'appareil
Grossesse	Sauf si urgence vitale pour la mère

**À TITRE INFORMATIF****Préparation pour les allergies aux produits de contraste radiologique:** Allergie antérieure grave ou de choc anaphylactique, consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation

Prednisone 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen.

Diphenhydramine (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen.