

DEMANDE D'EXAMEN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER A L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.

Provenance de la demande

☐ Hospitalisée ☐ Urgence ☐ Externe

Mobilité

☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant

Lieu de l'examen

☐ Première disponibilité
☐ HEJ ☐ HSFA ☐ HDQ ☐ HSS ☐ CHUL

Précautions additionnelles:

☐ Non ☐ Contact ☐ Gouttelettes/contact ☐ Contact renforcées ☐ Aériennes
☐ Autres : _____

Niveau de priorité du MSSS (OBLIGATOIRE): ☐ A (0-3 jours) ☐ B (4-10 jours) ☐ C (11-28 jours) ☐ D (moins de 3 mois)

☐ Contrôle(aaaa/mm/jj) : _____ ☐ CNESST ☐ SAAQ ☐ Projet de recherche : _____

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S): _____

☐ IRM Fonctionnelle (indications obligatoires en bas de page) ☐ IRM prostate PSA : _____ ☐ Clinique d'investigation rapide (AAH)

INDICATION(S) CLINIQUE(S): _____

Poids de l'usager : _____ kg /lbs Taille : _____ cm / po

Hypersensibilité à un agent de contraste (gadolinium) ? ☐ Non ☐ Oui Préciser : _____

L'usager est-il dialysé ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, date (aaaa/mm/jj) et heure (hh:mm) de la prochaine dialyse : _____

Examen antérieur dans un autre milieu? ☐ Non ☐ Oui Lieu : _____ ☐ IRM ☐ TDM ☐ ÉCHO

INDICATIONS OBLIGATOIRES - Contre-indications relatives ☐ Non ☐ Oui

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiomoteur, défibrillateur ou moniteur cardiaque implantable
Neurostimulateur
<input type="checkbox"/> Implant cochléaire
<input type="checkbox"/> Corps étranger métallique dans les yeux ou autres parties du corps
<input type="checkbox"/> Pompe médicamenteuse implantée (ex. insuline) ou lecteur cutané de glycémie
<input type="checkbox"/> Chirurgie au cerveau (clip, coil, valve, dérivation)
<input type="checkbox"/> Poids supérieur à 136 kg ou 300 lb | <input type="checkbox"/> Chirurgie au cœur (clip cardiaque, valve cardiaque mécanique, implant correcteur du septum)
<input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire (filtre endovasculaire, coils, stent)
<input type="checkbox"/> Chirurgie aux oreilles
<input type="checkbox"/> Expanseur mammaire temporaire post-mastectomie
<input type="checkbox"/> Prothèse faciale (œil, oreille, nez)
<input type="checkbox"/> Stérilet, pessaire | <input type="checkbox"/> Prothèse auditive
<input type="checkbox"/> Prothèse pénienne
<input type="checkbox"/> Timbre cutané médicamenteux ou timbre d'argent
<input type="checkbox"/> Claustrophobie (un anxiolytique peut être prescrit par le médecin requérant au besoin)
<input type="checkbox"/> Maquillage permanent, tatouage, faux-cils magnétiques
<input type="checkbox"/> Grossesse |
|---|--|--|

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

Langage : ☐ Antérieur ☐ Postérieur ☐ Latéralisation ☐ Aires visuelles ☐ Aires auditives
☐ Moteur ☐ Sensitive ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Membre supérieur ☐ Membre inférieur ☐ Bouche

MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____

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

C. C. : _____ Heure (hh:mm) : _____

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