

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

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

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 DISPOBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.