



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 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 absolues Non Oui

- Cardiostimulateur ou défibrillateur Neurostimulateur Implant cochléaire
 Corps étranger métallique dans les yeux Pompe médicamenteuse implantée (ex.insuline)

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

- Cardiostimulateurs/Défibrillateur IRM compatibles Implant correcteur de septum Claustrophobie
 Chirurgie depuis moins de deux mois Prothèse oculaire Maquillage permanent, tatouage
 Clip sur anévrisme cérébral Prothèse auriculaire ou ossiculaire Poids supérieur à 136 kg ou 300 lb
 Prothèse valvulaire cardiaque Prothèse mammaire ou pénienne Grossesse de 13 semaines et moins
 Filtre endovasculaire Clip intracrânien non anévrismal Pontage
 Timbre cutané médicamenteux Stérilet

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

DFG estimé : _____ ml/min/1.73 m² Créatininémie : _____ mmol/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 : compléter 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 (Patient externe valide dans le dernier 6 mois, patient 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 IRM compatibles	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie depuis moins de deux mois (Clips hémostatiques, matériel d'autosuture)	Sauf si urgence vitale et région opérée à faible risque de saignement.
Clip sur anévrisme cérébral	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse valvulaire cardiaque	N° de modèle : _____ Cie : _____
Filtre endovasculaire, coils, endoprothèse ou stent	N° de modèle : _____ Cie : _____
Implant correcteur de septum	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse oculaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse auriculaire ou ossiculaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse mammaire ou pénienne	N° de modèle : _____ Cie : _____
Clip intracrânien non anévrismal	N° de modèle : _____ Cie : _____
Timbre cutané (patch) médicamenteux	Sauf s'il peut être retiré
Maquillage permanent, tatouage et perçage	Sauf si un perçage peut être retiré
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 de 13 semaines et moins	Sauf si urgence vitale pour la mère
Pontage	Date de l'intervention (aaaa/mm/jj): _____
Stérilet	N° de modèle : _____ Cie : _____
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 débuter la préparation Prednisone 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen. DiphenhydrAMINE (Bénadryl ^{MD}) 50 mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen.	

() 2017-11-10/BB

DEMANDE D'EXAMEN
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

À détruire
 D.I.C.: 3-4-4
 Page 2 de 2