Demande d'imagerie par résonance magnétique (IRM)
Patiente et patient du Québec

Département d'imagerie médicale

Télécopieurs

613-636-6172

Date de la demande (aaaa/mm/jj)

Remplissez les champs obligatoires marqués d'un astérisque (*) pour éviter des délais dans le traitement de la demande.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE OU LE PATIENT

*Nom	*Prénom		*Date de naissance (aaaa/mm/jj)
*Adresse municipale	*Ville	*Province	*Téléphone (jour)
*Poids	*Taille	*Sexe	*Téléphone (soir)
*Numéro d'assurance santé – RAMQ		Accessibilité ☐ Ambulant(e) ☐ Fauteuil roulant ☐ Civière Lève-personne requis? ☐ Oui ☐ Non	

RENSEIGNEMENTS ET HISTORIQUE DES EXAMENS

*Examen demandé

*L'outil d'aide à la prise de décision pour un IRM en pour un mal de tête ou une douleur au bas du dos chez un adulte **doit** accompagner toute demande d'examen d'IRM.

*Allergies connues?

*Antécédents et renseignements cliniques sur la patiente ou patient (inclure la date et le lieu des examens antérieurs qui sont pertinents, y compris tous les examens d'imagerie médicale).

Demande pour un examen à une date précise

L'accès aux services d'IRM est restreint, et seulement certaines demandes pour des examens à de date précise seront acceptées.

Date précise de l'examen (aaaa/mm/jj) **:** _____

Précisez la nécessité médicale pour un examen à une date précise.

Oui	Non	*Veuillez cocher la case appropriée.
☐	☐	Patiente est enceinte ou allaite son bébé
☐	☐	Patiente ou patient nécessitant une dialyse
☐	☐	Patiente ou patient allergique au produit de contraste pour l'IRM

S'il y a lieu, donnez la valeur et date du résultat du DFGe le plus récent (dans les 6 derniers mois).

Valeur du DFGe	Date de l'examen (aaaa/mm/jj)

*Contrindications possibles à l'égard de l'IRM

Oui	Non	
☐	☐	Incident passé impliquant des fragments métalliques dans les yeux, ayant nécessité des soins médicaux
☐	☐	Chirurgie de l'œil (sauf implants oculaires, chirurgie de la cataracte ou au laser)
☐	☐	Chirurgie de l'oreille (sauf tubes de l'oreille)
☐	☐	Stimulateur, défibrillateur, pompe implantable, électrodes ou tout autre appareil
☐	☐	Filtre, tuteur, spirale, greffon , dérivation, agrafe ou cathéter portable
☐	☐	Chirurgie d'un anévrisme

*Envoyez le rapport opératoire et fournissez les détails sur l'appareil ci-dessous :

*Appareil	*Date (aaaa/mm/jj)	*Établissement où le traitement a été reçu

L'Hôpital général de Hawkesbury et district offre l'ensemble de ses services en français et en anglais.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

*Nom	*Prénom	*Signature	
Adresse	Ville	Province	Code postal
*Téléphone	*Télécopieur	*Numéro de facturation	

ENVOI D'UNE COPIE DU RAPPORT

*Nom	*Prénom	*Télécopieur	
Adresse	Ville	Province	Code postal