

**Demande d'imagerie par résonance
magnétique (IRM)**
Patiante et patient du Québec
Département d'imagerie médicale

Télécopieurs

613-636-6211
613-636-6172

Date de la demande
(aaaa/mm/jj)

Page 1/1

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	*Code postal
*Poids	*Taille	*Sexe	*Téléphone(s)
*Numéro d'assurance santé – RAMQ		Accessibilité	
*Date d'expiration <small>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.</small>		<input type="checkbox"/> Ambulant(e) <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Civière Lève-personne requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

RENSEIGNEMENTS ET HISTORIQUE DES EXAMENS

*Examen demandé	*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

***Contrindications possibles à l'égard de l'IRM**

L'accès aux services d'IRM est restreint, et seulement certaines demandes pour des examens à de date précise seront acceptées.		Oui	Non		
Date précise de l'examen (aaaa/mm/jj) : _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incident passé impliquant des fragments métalliques dans les yeux, ayant nécessité des soins médicaux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'œil (sauf implants oculaires, chirurgie de la cataracte ou au laser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'oreille (sauf tubes de l'oreille) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stimulateur, défibrillateur, pompe implantable, électrodes ou tout autre appareil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Filtre, tuteur, spirale, greffon, dérivation, agrafe ou cathéter portable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie d'un anévrisme			
Précisez la nécessité médicale pour un examen à une date précise.					
Oui	Non	*Veuillez cocher la case appropriée.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patiente est enceinte ou allaite son bébé			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patiente ou patient nécessitant une dialyse			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patiente ou patient allergique au produit de contraste pour l'IRM			

S'il y a lieu, donnez la valeur et date du résultat du DFG le plus récent (dans les 6 derniers mois). Valeur du DFG		Date de l'examen (aaaa/mm/jj)		*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