

# Demande d'imagerie par résonance magnétique (IRM) Patiente 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		<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?
*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 <b>doit</b> accompagner toute demande d'examen d'IRM.	
*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

#### \*Contreindications possibles à l'égard de l'IRM

L'accès aux services d'IRM est restreint, et seulement certaines demandes pour des examens à date précise seront acceptées.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Incident passé impliquant des fragments métalliques dans les yeux, ayant nécessité des soins médicaux</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chirurgie de l'œil (sauf implants oculaires, chirurgie de la cataracte ou au laser)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chirurgie de l'oreille (sauf tubes de l'oreille)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Stimulateur, défibrillateur, pompe implantable, électrodes ou tout autre appareil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Filtre, tuteur, spirale, greffon, dérivation, agrafe ou cathéter portable</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chirurgie d'un anévrisme</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non		<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
Oui	Non																							
<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																						
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.																						
<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 DFGe le plus récent (dans les 6 derniers mois).		*Envoyez le rapport opératoire et fournissez les détails sur l'appareil ci-dessous :																						
Valeur du DFGe		*Appareil	*Date (aaaa/mm/jj)																					
Date de l'examen (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