

# REQUÊTE D'EXAMEN : RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Carte d'assurance-maladie: plaquez ici

Carte de l'hôpital: plaquez ici

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

Examen demandé :

Renseignements cliniques :

Nom du médecin :

Signature du médecin :

No de permis :

Date :

Nom et coordonnées du médecin de famille :

**AFIN D'ASSURER LA SÉCURITÉ DU PATIENT, IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO DE LA REQUÊTE.**

Patiente enceinte OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Allergie au gadolinium OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

**CRÉATININE**

Valeur créatinine : \_\_\_\_\_ GFR : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**URGENCE**

À FAIRE CE JOUR SANS FAUTE \_\_\_\_\_  
D'ICI UNE SEMAINE \_\_\_\_\_

MAJEURE : \_\_\_\_\_

MINEURE : \_\_\_\_\_

CIVIÈRE : \_\_\_\_\_

FAUTEUIL : \_\_\_\_\_

Apposez l'autocollant avec le code à barres ici

Appels faits : 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_ 3- \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**PROTOCOLE : (RÉSERVÉ AU RADIOLOGUE)**

Gadolinium OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ +/- \_\_\_\_\_

Questionnaire bleu OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Présence : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ Voir \_\_\_\_\_ Ne pas voir \_\_\_\_\_

Priorité \_\_\_\_\_

Autres séquences : \_\_\_\_\_

	Tête	Abdomen
Standard	Standard _____	Foie _____
_____	Épilepsie _____	Reins _____
_____	SEP _____	Pancréas _____
_____	CAI _____	Surrénales _____
_____	Willis _____	MRCP _____
Arthro IRM	Trijumeau _____	Rectum _____
_____	Hypophyse _____	Pelvien _____

**Colonne:**

Cervicale \_\_\_\_\_ Dorsale \_\_\_\_\_ Lombaire \_\_\_\_\_

PROTOCOLÉ PAR : \_\_\_\_\_

Besoin avant l'examen : CD-ROM examen antérieur \_\_\_\_\_ Rapport d'examen antérieur \_\_\_\_\_ Protocole opératoire \_\_\_\_\_

**Patient**

**\*\* Vous devez nous faire parvenir votre prescription d'examen par la poste, par télécopie au numéro (514) 362-2945 ou la déposer à la réception du service d'imagerie médicale \*\***

**\*\* Lors de votre visite, assurez-vous d'avoir en votre possession votre carte d'assurance maladie valide et votre carte de l'hôpital valide. Si vous n'avez pas de carte de l'hôpital valide, présentez-vous au centre de rendez-vous au local R-354 trente minutes avant votre rendez-vous afin de vous en procurer une \*\***