

IMAGERIE MÉDICALE - Résonance magnétique - Bloc A.SS.247

Téléphone : 1 833 622-1309

Courriel : crv.consultations.cisslav@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 1 833 669-2400

Pour rendez-vous urgent < 72h, vous référez à la *Requête d'investigation rapide condition subaiguë*.

****Remettre la requête originale à l'usager****

Identification de l'usager

Dossier CISSL : _____

Nom, prénom : _____

RAMQ : _____

DDN : _____

Adresse : _____

Téléphone / cellulaire : _____

Examen (ou rapport antérieur) OBLIGATOIRE

Afin d'avoir accès à l'examen demandé dans de plus courts délais, l'usager(ère) accepte qu'un partenaire du réseau hors Laval communique avec lui pour lui offrir un rendez-vous.

Afin d'avoir accès à l'examen demandé dans de plus courts délais, l'usager(ère) accepte que le rendez-vous offert soit la nuit.

EXAMEN DEMANDÉ :

<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes	<input type="checkbox"/> Hypophyse / Selle turcique
<input type="checkbox"/> Colonne (<input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D, <input type="checkbox"/> L)	<input type="checkbox"/> Abdomen (Pelvien <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Cholangio-résonance / MRCP
<input type="checkbox"/> Musculosquelettique (indiquer dans les renseignements cliniques la région et la latéralité)		
<input type="checkbox"/> Angio-résonance Spécifiez : _____		
<input type="checkbox"/> Autre région (Spécifiez : _____)		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

REVUE DE CONTRE-INDICATION PRÉ EXAMEN

1. Êtes-vous porteur d'un :	Oui	Non	3. Avez-vous déjà subi une chirurgie ? :	Oui	Non
• Stimulateur cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Cardiaque? Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Clip sur un anévrisme cérébral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Au cerveau? Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prothèse oculaire ou cochléaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Aux yeux? Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Corps étranger intra oculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pompe d'insuline et ou capteur glycémique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Neurostimulateur / shunt ventriculopéritonéal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Implant pénien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Y a-t-il du métal dans votre corps (yeux)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____			Nombre de semaines : _____		
			5. Êtes-vous claustrophobe ? : (Prévoir la médication PRN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Avez-vous des allergies ? Si oui précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui Non Signature de l'usager/ère: _____

INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DEMANDEUR

Médecin demandeur :	N° permis :
Adresse :	Prescrit le :
Signature :	CC au Dr :

Pour plus d'information, vous référez à la page de l'imagerie médicale sur lavalensante.com par le biais du code QR ci-joint.



Si vous devez annuler ou modifier votre rendez-vous, il est important de nous aviser le plus rapidement possible avant la date prévue au 1 833 622-1309.