

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

Téléphone : 1 833 622-1309

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

Télécopieur : 1 833 669-2400

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

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

Identification de l'usager

Dossier CISSSL :

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 :

- ☐ Cerveau ☐ Conduits auditifs internes ☐ Hypophyse / Selle turcique
- ☐ Colonne (☐ C, ☐ D, ☐ L) ☐ Abdomen (Pelvien ☐) ☐ Cholangio-résonance / MRCP
- ☐ Musculosquelettique (indiquer dans les renseignements cliniques la région et la latéralité)
- ☐ Angio-résonance Spécifiez : _____
- ☐ 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"/> | 4. Êtes-vous enceinte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Neurostimulateur / shunt ventriculopéritonéal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre de semaines : _____ | | |
| • Implant pénien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Êtes-vous claustrophobe? : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Y a-t-il du métal dans votre corps (yeux)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Prévoir la médication PRN) | | |
| Si oui, précisez : _____ | | | 6. Avez-vous des allergies ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Si oui précisez : _____ | | |

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 réferez à la page de l'imagerie médicale sur lavalensanté.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.