

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 référez 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.