

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE - IRM

Téléphone: (450) 975-5310

Local: SS.247

Télécopieur: (450) 975-5024

Identification patient

Données de l'examen

Date de l'examen: _____

Heure: _____

Fait:

Non Fait:

TYPE D'EXAMEN DEMANDÉ

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERVEAU | <input type="checkbox"/> ÉPAULE | DROITE <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> HYPOPHYSE/SELLE TURCIQUE | <input type="checkbox"/> COUDE | DROIT <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CONDUITS AUDITIFS INTERNES | <input type="checkbox"/> POIGNET | DROIT <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLONNE CERVICALE | <input type="checkbox"/> HANCHE | DROITE <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLONNE DORSALE | <input type="checkbox"/> GENOU | DROIT <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLONNE LOMBAIRE | <input type="checkbox"/> CHEVILLE | DROITE <input type="checkbox"/> | GAUCHE <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ABDOMEN | <input type="checkbox"/> PELVIEN | | |
| <input type="checkbox"/> CHOLANGIO RÉSONANCE/MRCP | | | |
| <input type="checkbox"/> ANGIO-RÉSONANCE | RÉGION: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> AUTRE RÉGION | SPÉCIFIEZ: _____ | | |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS OBLIGATOIRES:

Date de la consultation: _____

Signature du médecin traitant

No de licence

Copie au Dr: _____

ATTENTION:

- ➔ Au médecin référant, si votre patient(e) souffre de claustrophobie, veuillez prévoir de l'anxiolytique pour faciliter l'examen.
- ➔ Compléter et signer sans faute le questionnaire de consentement.

PROTOCOLE D'EXAMEN:

CODE À BARRE

REMARQUES:

Réservé à la radiologie

Questionnaire de consentement complété et signé:

QUESTIONNAIRE DE CONSENTEMENT - RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Ce questionnaire doit être rempli par le médecin et le patient

		OUI	NON			OUI	NON
Êtes-vous porteur:							
d'un stimulateur cardiaque (Pacemaker) ?	Fournir carte du modèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'une prothèse valvulaire			
d'un neurostimulateur vertébral ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cardiaque ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un cathéter Swan-Ganz ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'une prothèse métallique ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un clip sur un anévrisme cérébral ?	Protocole opératoire requis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'un implant pénien ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'une prothèse cochléaire ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d'implant oculaire ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un corps étranger intra-oculaire ?	Contre-indication absolue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Avez-vous déjà subi une opération ou intervention:

au cerveau ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vous êtes-vous fait faire du "body piercing" ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la région qui fait l'objet de la résonance ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffrez-vous de claustrophobie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres opérations ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	êtes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
souffrez-vous d'allergie médicamenteuse ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
pour un filtre à veine cave ?	Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Au travail ou dans d'autres circonstances, avez-vous déjà été blessé(e) particulièrement aux yeux par un corps étranger métallique qui a été enlevé ou non ? (*explosion, blessure par balle, accident de travail ou de la route, blessure de guerre*) OUI NON

Avez-vous plus de 60 ans ? OUI NON

Souffrez-vous de:

diabète ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
histoire de pathologie rénale chronique ?	Si oui, précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dialyse ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lupus érythémateux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
myélomes multiples ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hypertension ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insuffisance hépatique sévère/transplantation hépatique ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si l'une des cases est cochée, inscrire OBLIGATOIREMENT le taux de créatinine (< 2 mois):

DFGe: _____ Date: _____ Poids: _____ Taille: _____

J'ai complété avec mon médecin le questionnaire ci-dessus.

Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en résonance magnétique.

Signature du médecin

Signature du patient

Date

J'ai revu et corrigé avec le technologue le questionnaire ci-dessus.

Initiales du technologue

Signature du patient

Date

POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS:

- SVP, veuillez nous faire parvenir la requête d'examen avec le consentement complété et signé, soit par la **poste au local SS.247** ou par **télécopieur au numéro (450) 975-5024**.
- Ne pas oublier d'inscrire un numéro de téléphone où nous pourrions rejoindre le patient entre 8h00 et 16h00.
- Après étude du dossier, un rendez-vous sera fixé au patient.
- **Le patient devra apporter ses examens radiologiques antérieurs pertinents lors de son rendez-vous (IRM, scan, films simple).**