

**Demande d'examen par résonance magnétique**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

<b>NOM :</b>		<b>TÉLÉPHONE :</b>	
Âge :	Poids :	Courriel :	
Cellulaire :		Tél. Travail :	Télécopieur :
Adresse (n° et rue):		App:	
Ville :	Province :	Code postal :	
Numéro d'assurance maladie			

**FACTURÉ À**

CNEST  SAAQ  PATIENT

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom :	#Licence :
Adresse (n° et rue):	
Télécopieur :	Date :
Courriel :	

**EXAMEN IRM DEMANDÉ**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Chirurgie antérieure de cette région? Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Examens antérieurs de cette région (Note : CD et rapport antérieurs requis)

RX  Aucun

Taco (CT scan)

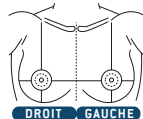
Résonance magnétique Endroit : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**PROSTATE**

Évaluation initiale de la prostate  Suivi pour néoplasie de la prostate

**RÉSONANCE DES SEINS** (svp, veuillez cocher l'une des indications ci-dessous)  IRM Québec - La Cité

- Pré-op cancer du sein  Suivi de chimio néoadjuvante
- Post-op cancer du sein  Haut risque (BRCA1, BRCA2, etc.)
- Adénopathie positive et primaire inconnu  Évaluation prothèse silicone



**SI EXAMEN AVEC INJECTION**

Si plus de 60 ans: créatinine moins de 3 mois ? \_\_\_\_\_

Allergie à l'iode? Oui  Non

**À L'ATTENTION DU MÉDECIN TRAITANT**

- Vous pouvez nous faire parvenir votre demande par la poste, télécopieur ou courriel .
- Nous communiquerons avec votre patient pour lui fixer un rendez-vous.
- Demandez S.V.P. au patient d'apporter lors de son rendez-vous les examens radiologiques et CD d'examens pertinents déjà effectués, sinon une radiographie simple complémentaire pourrait être demandée.**

Visitez notre site au [www.irmquebec.com/pacs](http://www.irmquebec.com/pacs) pour consultez les images de vos patients.

SIGNATURE DU MÉDECIN \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU TECHNOLOGUE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PATIENT \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE DU PATIENT**

(À être complété par le médecin traitant)

Le compte rendu doit être envoyé par :  Fax  Poste  Courriel

**CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES**

	OUI	NON
- « Clip » sur anévrisme cérébral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fragment d'électrode épicaudique ou guide métallique laissé en place* .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fragment métallique intraoculaire * .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grossesse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Implant cochléaire (oreille interne), oculaire magnétique*, pénien magnétique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neurostimulateur ou défibrillateur implanté .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pompe à insuline implantée sous la peau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stimulateur cardiaque (« pacemaker ») .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Dans le doute, obtenir des radiographies de la région concernée.

**CONTRE-INDICATIONS RELATIVES**

	OUI	NON
- Chirurgie ≤ 2 mois .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Claustrophobe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Clip vasculaire, filtre, endoprothèse (stent) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser le modèle: _____ et envoyer le protocole opératoire		
- Coils dans un vaisseau sanguin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dérivation ventriculaire ou spinale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Perçage corporel « Body Piercing » .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse articulaire, tige, plaque, vis, clou (dans la région à examiner) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser le modèle: _____		
- Prothèse et implant (autres) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse valvulaire cardiaque .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Réaction allergique à un produit de contraste connu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si gado, insuffisance rénale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous déjà subi une opération:**

- au cerveau, coeur, oreille .....
- de la région qui fait l'objet de la résonance .....
- autres opérations .....

Spécifiez : \_\_\_\_\_

Poids du patient si plus de 300 livres : \_\_\_\_\_

# IRM

## TROIS-RIVIÈRES

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

T

TROIS-RIVIÈRES

C

LA CITE

S<sup>Y</sup>

SYNASE

S<sup>L</sup>

SAINT-LOUIS



### LA FORCE MAGNÉTIQUE

COUVERT PAR LA CSST / SAAQ

DIAGNOSTIC PRÉCIS

HORAIRE FLEXIBLE

RÉSULTATS RAPIDES

LA  
FORCE  
CLINIQUE

L'EXPÉRIENCE

E<sup>x</sup>

IRM QUÉBEC

IRMTROISRIVIERES.COM



IRM QUÉBEC REGROUPE 4 CLINIQUES, TROIS À QUÉBEC ET UNE À TROIS-RIVIÈRES.

**819 697-2474**

Télec.: 819 697-2738

**POLYCLINIQUE DES RÉCOLLETS**

1900, boulevard des Récollets, bureau 105

Trois-Rivières (Québec) G8Z 4K4

Tél. SF: 1 877 797-2474