

Demande d'examen par résonance magnétique

SYNASE LA CITÉ SAINT-LOUIS

FACTURÉ À

CNESST SAAQ PATIENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

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

MÉDECIN TRAITANT

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

QUESTIONNAIRE DU PATIENT

(À être complété par le médecin traitant)

Le compte rendu doit être envoyé par : Fax Poste 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

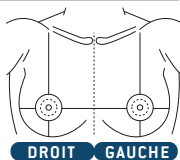
Évaluation initiale de la prostate Suivi pour néoplasie de la prostate

RÉSONANCE DES SEINS (svp, veuillez cocher l'une des indications ci-dessous)

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 pour consultez les images de vos patients.

SIGNATURE DU MÉDECIN _____

SIGNATURE DU TECHNOLOGUE _____

SIGNATURE DU PATIENT _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la région qui fait l'objet de la résonance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres opérations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spécifiez : _____

Poids du patient si plus de 300 livres : _____

S^Y

SYNASE

T

TROIS-RIVIÈRES

IRM
QUÉBEC

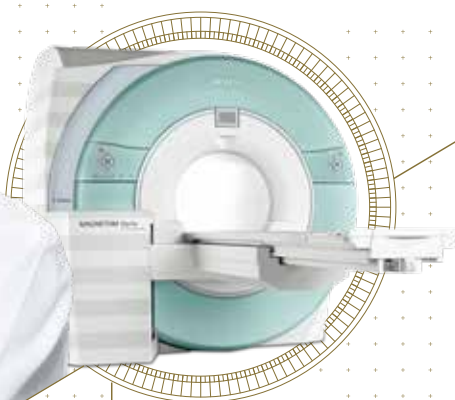
IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

C

LA CITE

S^L

SAINT-LOUIS



LA FORCE MAGNÉTIQUE

COUVERT PAR LA CSST / SAAQ

DIAGNOSTIC PRÉCIS

HORAIRE FLEXIBLE

RÉSULTATS RAPIDES

LA

FORCE

CLINIQUE

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

3 CLINIQUES, 1 seul numéro • 418 667-0060 Téléc.: 418 667-0061

L'EXPÉRIENCE

E^x

IRM QUÉBEC

IRMQUEBEC.COM



SYNASE

1825, boul. Henri-Bourassa, local 204, Québec (QC) G1J 0H4
Tél. SF : 1 877 655-0060
Téléc. SF : 1 877 667-4803

PLACE DE LA CITÉ

2600, boul. Laurier, local 295, Québec (QC) G1V 4T3
Tél. SF : 1 877 655-0060
Téléc. SF : 1 877 667-4803

CLINIQUE SAINT-LOUIS

3165, chemin Saint-Louis, bureau 120, Québec (QC) G1W 4R4
Tél. SF : 1 877 655-0060
Téléc. SF : 1 877 667-4803