

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 RÉFÉRENT

Nom :	# de pratique :
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)

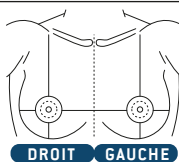
Résonance magnétique Endroit : _____ Date : _____

PROSTATE

Évaluation initiale de la prostate Suivi pour néoplasie de la prostate

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

- 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.**

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	<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 : _____