

**Consultation en résonance magnétique en imagerie médicale (IRM) CHU Sainte-Justine**

Veillez envoyer votre demande au service d'imagerie médicale ou par fax (514)345-7778. Nous communiquerons avec vous pour vous transmettre la date de votre rendez-vous. TOUTE REQUÊTE INCOMPLÈTE (INCLUANT LES SIGNATURES DU PATIENT ET/OU DU MÉDECIN) SERA RETOURNÉE AU MÉDECIN TRAITANT.

**PLAQUER LA CARTE DU PATIENT ICI**

Date de naissance Âge  
 Nom, Prénom  
 1234 Unité de soins  
 Père / Mère  
 Adresse  
 Ville code postal QC

**Examen demandé résonance magnétique :**

- Tête  Cou/Plexus brachial  Thorax  Abdomen  Pelvien  Fœtale  
 Extrémité(s) (spécifier : \_\_\_\_\_)  Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_  
 Colonne complète  Colonne (spécifier segment) :

**Examen demandé**

Recherche Projet : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_ poste tel : \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques:**

**Informations obligatoires**

Examen sous anesthésie générale : Oui  Non   
 Si oui : Compléter et acheminer avec la demande le formulaire (F-387)

Signature médecin \_\_\_\_\_ No Licence \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date ciblée de l'examen \_\_\_\_\_

**Le questionnaire doit être complété par le médecin traitant et son patient avant la prise de rendez-vous.**

**Patient :**

- Chirurgie antérieure (spécifier date et type) : Oui  Non  \_\_\_\_\_  
 Allergies (lesquelles) Oui  Non  \_\_\_\_\_  
 Souffrez-vous : d'insuffisance rénale (créatinine) Oui  Non   
 Si applicable : Êtes-vous enceinte? Oui  Non  Si oui, indiquer le nombre de sem : \_\_\_\_\_  
 Prenez-vous un de ces médicaments : digoxine, cloNIDine, guanFACINE ou bêta-bloquants (sotalol, propranolol, métoprolol, labétalol, aténolol, nadolol) ou bloqueurs des canaux calciques cardioselectifs (diltiazem, vérapamil) ou autres anti-arythmiques (amiodarone, écaïneide, propafénon) : Oui  Non  **Ces médicaments doivent être cessés 12 heures pré-IRM si l'examen requiert une sédation**

**Accompagnateur :**

- Chirurgie antérieure (spécifier date et type) : Oui  Non  \_\_\_\_\_  
 Si applicable : Êtes-vous enceinte? Oui  Non  Si oui, indiquer le nombre de sem : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous porteur de : répondre par OUI ou NON (✓)**

	Patient		Patient		Accompagnant			Patient		Patient		Accompagnant	
	Oui	Non	Jour du RV	Jour du RV	Jour du RV	Jour du RV		Oui	Non	Jour du RV	Jour du RV	Jour du RV	Jour du RV
anévrisme cérébral							Tige/plaque/vis/clous métalliques						
stimulateur cardiaque (pacemaker) défibrillateur							Filtre pour caillot, stents, coils						
Prothèse cochléaire/appareil auditif							Fils d'électrodes cardiaques						
Prothèse cardiaque							Sutures métalliques						
Ombrelle cardiaque							Neuro-Stimulateur						
Prothèse oculaire/blessure aux yeux							Timbres transdermiques						
Corps étrangers (ex :intra-oculaire)							Pompe à insuline/chimiothérapie						
Appareil dentaire / broches							Claustrophobie/vertige						
Insuffisance rénale							Corps étrangers métalliques						

J'ai complété avec mon médecin le questionnaire. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen en résonance magnétique.

Signature bénéficiaire (parent ou tuteur) \_\_\_\_\_ Signature médecin \_\_\_\_\_ Signature infirmière \_\_\_\_\_  
 Questionnaire complété le : \_\_\_\_\_  Questionnaire complété par téléphone  Questionnaire complété avec dossier médical

**Jour du rendez-vous :** J'ai revu le questionnaire ci-dessus avec le technologue et j'affirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen d'IRM.

Signature bénéficiaire (parent ou tuteur) \_\_\_\_\_ Signature accompagnant \_\_\_\_\_ Signature technologue \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Arrêt bêta-bloqueurs 12 heures pré-IRM Oui  Non  Refus protection auditive :  Patient  Accompagnateur  
 Non applicable

**Zone en rouge à compléter**