



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

Veuillez 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, CECI POURRAIT ENGENDRER DES DÉLAIS POUR L'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS.**

Carte de l'hôpital

Examen demandé résonance magnétique :

<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> Cœur/thorax	MEMBRE SUPÉRIEUR	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	MEMBRE INFÉRIEUR	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes	<input type="checkbox"/> Abdomen	Épaule	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Hanche	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Orbites/Massif facial	<input type="checkbox"/> Pelvis	Coude	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Genou	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Cholangio-IRM	Poignet	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Cheville	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Colonne 3 segments	<input type="checkbox"/> Bassin	Main	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Pied	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Pancorporel	Arthro-IRM :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Arthro-IRM :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	<input type="checkbox"/> Autre :	Memb. sup. complet :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	Memb. inf. complet :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> Colonne lombaire					

Renseignements cliniques:

Signature médecin _____ / No Licence _____ / Date _____ / Date ciblée de l'examen _____

MÉDECIN : SVP COMPLÉTER LES SECTIONS PATIENT DU QUESTIONNAIRE : Le questionnaire doit être complété par le médecin traitant et son patient avant la prise de rendez-vous.

Contre-indication IRM :	Patient		Jour du RDV				À compléter si sédation requise	Patient	
	Oui	Non	Patient		Parents			Oui	Non
Êtes-vous enceinte? Sem _____			Oui	Non	Oui	Non	Anomalie voies respiratoires supérieures		
Claustrophobie							Apnée du sommeil avec BIPAP		
Stimulateur cardiaque / Fils d'électrodes							Intubation difficile connue ou suspectée		
Prothèse cardiaque / Ombrelle cardiaque							Saturation < 93%		
Prothèse/Implant cochléaire							Difficulté à gérer les sécrétions		
Neuro-Stimulateur							Masse médiastinale		
Clip anévrisme cérébral							TED déficit d'attention traité avec médication		
Filtre pour caillot, stent, coils							Maladie neuro-musculaire chronique		
Timbres transdermiques							Trisomie		
Corps étrangers métalliques (éclat(s))							Échec de sédation lors d'une procédure antérieure		
Prothèse oculaire							Prenez-vous un de ces médicaments : digoxine, guanFACINE ou béta-bloquants (sotalol, propranolol, métoprolol, labétalol, aténolol, nadolol) ou bloqueurs des canaux calciques cardiosélectifs (dilTIAZem, vérapamil) ou autres anti-arythmiques (amiodarone, flécaïnide, propafénon) Ces médicaments doivent être cessés 12 heures pré-IRM si l'examen requiert une sédation.		
Blessures yeux / Corps étrangers yeux									
Pompe insuline/Lecteur transcutané									
Appareil dentaire / broches									
Cathéter Swan-Ganz									
Bouton gastrique (spécifier la date de mise-en place) : _____ / _____ / _____									
Chirurgie antérieure (spécifier date et type) :									
							*Si patient anxieux, veuillez prescrire un benzodiazépine (ex : Ativan)		

AUTRES (antécédants) :

Allergies (produits de contraste, médicaments, etc...) Oui Non Si oui, lesquelles :

Problèmes rénaux (insuffisance) Oui Non Si oui, créatinine récente : _____

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

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 béta-bloqueurs 12 heures pré-IRM Oui Non Refus protection auditive : Patient Accompagnateur
 Non applicable



Magnetic resonance imaging Consultation form and questionnaire (MRI) CHU Sainte-Justine

Please send your request to the Medical imaging department or fax at (514)345-7778. We will contact you for an appointment. In order to avoid delays, please make sure to complete the questionnaire including the required signatures. Incomplete form will be returned to the referring physician.

Carte de l'hôpital

Requested MRI exam:

- | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Brain | <input type="checkbox"/> Heart / thorax | UPPER LIMB | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | LOWER LIMB | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> IAC | <input type="checkbox"/> Abdomen | Shoulder | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | Hip | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Orbits / Massive facial | <input type="checkbox"/> Pelvis | Elbow | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | Knee | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Neck | <input type="checkbox"/> Cholangio-MRI | Wrist | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | Hankle | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Spine 3 segments | <input type="checkbox"/> Pelvis | Hand | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | Foot | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Spine : cervical | <input type="checkbox"/> Total body | Arthro-MRI: | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | Arthro-MRI: | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Spine : dorsal | <input type="checkbox"/> Other : | Complete upper limb : | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | Complete lower limb : | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Spine : lumbar | | | | | |

Clinical information:

Physician's signature _____ / _____ / _____ / _____
 Licence no _____ Date _____ Target date _____

REFERRING PHYSICIAN : PLEASE COMPLETE QUESTIONNAIRE : Completion of this questionnaire prior to booking the MRI appointment is mandatory and must be completed by referring physician.

MRI Contraindications:	Patient		Appointment day				To be complete if sedation is required	Patient	
	Yes	No	Patient		Parents			Yes	No
			Yes	No	Yes	No			
Are you pregnant? Weeks : _____							Upper respiratory tract abnormality		
Claustrophobic							Sleep apnea with BIPAP		
Pacemaker / Electrode leads							Known or suspected difficult intubation		
Prosthetic heart valve / Vascular umbrella							Saturation <93%		
Cochlear implant/hearing aid							Difficulty managing secretions		
Neuro-Stimulator							Mediastinal mass		
Brain aneurysm clip							Attention deficit ADD treated with medication		
Filter for clot, stent, coils							Chronical neuromuscular deficit		
Transdermal patches							Trisomy		
Metallic foreign bodies							Failure of sedation during a procedure		
Ocular prosthesis							<p>Are you taking any of these medications: digoxine, guanFACINE or beta-blockers (sotalol, propranolol, metoprolol, labetalol, atenolol, nadolol) or cardioselective calcium channel blockers (diltiazem, vérapamil) or other anti-arrhythmics (amiodarone, flecainide, propafénon) These medications must be stopped 12 hours prior to the MRI appointment if sedation is required.</p>		
Eye injuries / Foreign bodies eyes									
Insulin pump/transcutaneous patch reader									
Denture / braces									
Swan-Ganz Catheter									
Gastric button (specify the date of insertion): _____ / _____ / _____									
Previous surgery (specify date and type) :									
							<p>* If patient is anxious, please prescribe a benzodiazepine (ex: Ativan)</p>		

Other (prior conditions) :

Allergies (contrast agents, medication, etc.) Yes No If yes, which ones: _____

Kidney problems (insufficiency) Yes No If yes, recent creatinine: _____

I completed the questionnaire with my doctor. The information is correct and I agree to proceed with the exam.

Beneficiary's signature (parent or guardian) _____ Physician's signature _____ Nurse's signature _____
 Questionnaire completed on: ____ / ____ / ____ Questionnaire completed by telephone Questionnaire completed with medical file

On the date of the examination : I attest that this form was completed with my referring physician and that the above information is correct to the best of my knowledge. I therefore consent to proceed with the MRI examination.

Patient's (parent or gardian) signature _____ Accompanying's adult signature _____ Technologist's signature _____

Weight : _____ **Height :** _____
 Date : ____ / ____ / ____ Ceased betablockers 12 hours prior to-IRM: Yes No Non applicable Refusal of hearing protection: Patient Accompanying adult