



**Votre IRM quand  
vous en avez besoin !**

## Formulaire de demande du médecin

Veuillez faire parvenir le formulaire complété par télécopieur au 819 777-7718

Nom et prénom \_\_\_\_\_  
 Nom à la naissance \_\_\_\_\_ Date de naiss. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
A M J  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Tél. Rés ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Bur. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_  
 Allergies \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  KG  LBS

Région à examiner	
<b>Tête et cou</b> <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Conduit auditif (CAI) <input type="checkbox"/> Cou Préciser : _____ <hr/> <b>Rachis</b> <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Rachis complet <input type="checkbox"/> Autres : _____ Préciser : _____ <hr/> <b>Musculosquelettique</b> <input type="checkbox"/> Membre supérieur : _____ Préciser : _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Membre inférieur : _____ Préciser : _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Autres : _____ Préciser : _____ <hr/> <b>Thorax/abdomen</b> <input type="checkbox"/> Thorax Préciser la région d'intérêt : _____ <input type="checkbox"/> Abdomen Préciser la région d'intérêt : _____ <input type="checkbox"/> Pelvis Préciser la région d'intérêt : _____	<b>Mammaire (les deux seins)</b> <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Bilan d'extension <input type="checkbox"/> Intégrité de prothèses mammaires <hr/> <b>Autres</b> <input type="checkbox"/> Articulations temporomandibulaires (TMJ) <input type="checkbox"/> Vasculaire Préciser : _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Recherche Préciser : _____ <hr/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Contraste</b>  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                      (Sera à déterminer par le radiologiste si non spécifié)                 </div>

À l'usage du radiologiste et du bureau
_____
_____

Renseignements préliminaires sur le patient
Dans le but d'éviter tout retard, assurez-vous d'obtenir de votre patient les renseignements suivants avant de fixer un rendez-vous. Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Le patient a-t-il déjà occupé un poste de broyeur, d'ouvrier métallurgiste ou de soudeur? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Le patient a-t-il déjà reçu une particule de métal dans l'oeil? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Est-il possible que la patiente soit enceinte? Date dernières menstruations : _____  <b>Le patient est-il porteur de :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pince anévrysmale (clip) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurostimulateur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implant cochléaire / tube dans les oreilles Tube de myringotomie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tatouage, perçages (body piercing) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timbre transdermique (patch) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stent vasculaire ou filtre veine cave  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Le patient a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale - cardiaque ou cérébrale?</b> Laquelle : _____  <b>Le patient souffre-t-il de :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Claustrophobie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale

Renseignements cliniques obligatoires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diagnostic provisoire : \_\_\_\_\_

Examens antécédents pertinents / À quel endroit? \_\_\_\_\_

IRM  TOMO. (CT)  RAYON X  U/S  MÉD NUC

Rapport final en français  Rapport final en anglais Téléc. rapport au \_\_\_\_\_

Faire parvenir  CD  copies imprimées au \_\_\_\_\_

Médecin référant \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Nom en lettres moulées) (Signature)

Date \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ # permis \_\_\_\_\_