

FORMULAIRE DE DEMANDE D'IRM EN AMBULATOIRE
INFORMATIONS POUR LES PATIENTS

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE DU SECOND PRÉNOM	
ADRESSE			VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE MOBILE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE SUPPLÉMENTAIRE	EMAIL			
Le patient consent à ce que les informations relatives à son rendez-vous lui soient communiquées par SMS ou par e-mail. <input type="checkbox"/> Oui, texte <input type="checkbox"/> Oui, par e-mail					
SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	IDENTITÉ DE GENRE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	TAILLE (CM)	POIDS (KG)	
NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ (HN)	CODE DE VERSION (VC)	NUMÉRO DE DEMANDE DE RÉGLEMENT À LA CSPAA	AUTRES (frais à la charge du patient, recherche, tiers payant)		
<input type="checkbox"/> INTERPRÈTE REQUIS Langue préférée		PRÉOCCUPATIONS OU EXIGENCES EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ			
CONTACT ALTERNATIF (SI CE N'EST PAS LE PATIENT)	NOM DU CONTACT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE			

INFORMATIONS SUR LES EXAMENS ET HISTORIQUE

TEST/RÉGION(S) À EXAMINER	RAISON DE L'EXAMEN / ANTÉCÉDENTS CLINIQUES (Veuillez également inclure les symptômes présentés, le diagnostic sous-jacent pertinent et les traitements, le cas échéant)
<input type="checkbox"/> SUIVI PROGRAMMÉ DATE DEMANDÉE (AAAA/MM/JJ) <i>La disponibilité de l'IRM est limitée : les dates demandées seront prises en compte dans la mesure du possible.</i>	<i>Si le patient nécessite des soins d'urgence, ne soumettez pas ce formulaire au service central d'admission. Veuillez contacter directement le centre d'imagerie le plus proche.</i>

DÉPISTAGE ET PRÉCAUTIONS

ÉVALUATION RÉNALE Insuffisance rénale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non En dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si la réponse à l'une des questions ci-dessus est oui, veuillez fournir les résultats eGFR les plus récents (datant de moins de 6 mois) RÉSULTAT DE L'eGFR (ml/min/1,732²) DATE DE COLLECTE (AAAA/MM/JJ) <input type="checkbox"/> Hypersensibilité connue aux agents de contraste <input type="checkbox"/> Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Actuellement en période d'allaitement <input type="checkbox"/> Le patient n'est pas en mesure de fournir des antécédents médicaux fiables ou de donner son consentement à des injections de produit de contraste, le cas échéant. <input type="checkbox"/> Nécessite une anesthésie générale Justification <i>Pour les patients souffrant de claustrophobie et nécessitant une sédation orale, le médecin traitant est responsable de la prescription des médicaments. Les patients sous sédation orale ne doivent pas conduire et doivent prévoir un autre moyen de transport.</i>	CONTRE-INDICATIONS POSSIBLES À L'IRM <input type="checkbox"/> Présence de fragments métalliques dans les yeux/le corps <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque ou défibrillateur <input type="checkbox"/> Chirurgie/blessure oculaire (à l'exclusion des implants de lentilles, de la cataracte ou de la chirurgie au laser) <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'oreille/implant <input type="checkbox"/> Stimulateurs ou électrodes implantés <input type="checkbox"/> Tout filtre, stent, spirale, greffe, valve ou shunt programmable <input type="checkbox"/> Chirurgie d'anévrisme/clips <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale au cours des six (6) dernières semaines <input type="checkbox"/> Aucune des réponses ci-dessus Veuillez fournir le rapport opératoire et préciser les informations relatives au dispositif ci-dessous (en incluant autant de détails que possible) : FABRIQUER MODÈLE N° ÉTABLISSEMENT OÙ LE TRAITEMENT A ÉTÉ ADMINISTRÉ
---	---

EMPLACEMENT PRÉFÉRÉ

Tous les patients seront triés en fonction de la distance la plus courte, sauf si un lieu préféré est indiqué.	EMPLACEMENT(S) PRÉFÉRÉ(S)
--	----------------------------------

AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU ROUTAGE
PRESTATAIRE DE RÉFÉRENCE

NOM DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE FACTURE	CARTE D'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE	
ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE FAX	COPIER VERS	
SIGNATURE DU FOURNISSEUR			DATE

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

PRIORITÉ <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/> P4	CHRONOMÉTRÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	DATE SPÉCIFIÉE
OH <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Non	PROTOCOLE	RADIOLOGUE