

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					
SEXES ATTRIBUÉS 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)
NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ (HN)		CODE DE VERSION (VC)	Numéro de dossier WSIB n°	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 <small>(Les listes de contrôle « Choosing Wisely » DOIVENT accompagner les demandes de consultation lorsque cela est nécessaire)</small>		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 (YYYY/MM/DD)	
<small>La disponibilité de l'IRM est limitée : les dates demandées seront prises en compte dans la mesure du possible.</small>		<small>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.</small>

DÉPISTAGE ET PRÉCAUTIONS

ÉVALUATION RÉNALE Insuffisance rénale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sous dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir vos derniers résultats de DFG (datant de moins de 3 à 6 mois) RÉSULTAT DE L'eGFR (ml/min/1.73 ²) DATE DE COLLECTE (AAAA/MM/JJ)		CONTRE-INDICATIONS ÉVENTUELLES 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	
<input type="checkbox"/> Hypersensibilité connue aux produits de contraste <input type="checkbox"/> Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Allaitement en cours <input type="checkbox"/> Le patient n'est pas en mesure de fournir des antécédents médicaux fiables ni de donner son consentement à l'injection de produit de contraste, le cas échéant <input type="checkbox"/> Nécessite une anesthésie générale Justification : <small>Pour les patients souffrant de claustrophobie et nécessitant une sédation par voie orale, c'est le médecin traitant qui est chargé de prescrire les médicaments. Les patients sous sédation par voie orale ne doivent pas conduire et doivent prévoir un autre moyen de transport.</small>		Veuillez fournir le rapport opératoire et préciser les informations relatives au dispositif ci-dessous (en incluant autant de détails que possible) : FABRIQUEUR MODÈLE N° ÉTABLISSEMENT OÙ LE TRAITEMENT A ÉTÉ ADMINISTRÉ	

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	

EMPLACEMENT PAR DÉFAUT À SÉLECTIONNER OBLIGATOIREMENT

Veuillez sélectionner l'hôpital par défaut vers lequel vous orienteriez ce patient, compte tenu de ses besoins en imagerie diagnostique :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital général et maritime Alexandra | <input type="checkbox"/> Hôpital général de Guelph | <input type="checkbox"/> Centre des sciences de la santé de Londres | <input type="checkbox"/> Hôpital général de Strathroy-Middlesex |
| <input type="checkbox"/> Bluewater Health | <input type="checkbox"/> Hôpital commémoratif de Haldimand | <input type="checkbox"/> Système de santé de Niagara | <input type="checkbox"/> Hôpital commémoratif du district de Tillsonburg |
| <input type="checkbox"/> Système de soins de santé communautaire de Brant | <input type="checkbox"/> Hamilton Health Sciences | <input type="checkbox"/> Hôpital général de Norfolk | <input type="checkbox"/> Réseau régional de santé de Waterloo |
| <input type="checkbox"/> Réseau de santé Brightshores | <input type="checkbox"/> Hôpital d'Hanovre et de sa région | <input type="checkbox"/> Centre de santé de South Bruce Grey | <input type="checkbox"/> Alliance pour les soins de santé de Wellington |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Cambridge Memorial | <input type="checkbox"/> Alliance de soins de santé Huron-Perth | <input type="checkbox"/> Centre de soins de santé St Joseph's - Londres | <input type="checkbox"/> Hôpital régional de Windsor |
| <input type="checkbox"/> Alliance de santé de Chatham-Kent | <input type="checkbox"/> Hôpital Joseph Brant | <input type="checkbox"/> Centre de soins St Joseph – Hamilton | <input type="checkbox"/> Hôpital de Woodstock |
| <input type="checkbox"/> Erie Shores Healthcare | <input type="checkbox"/> Alliance hospitalière de Listowel-Wingham | <input type="checkbox"/> Hôpital général St Thomas-Elgin | |

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
cco	<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Non	PROTOCOLE	RADIOLOGUE	