

**Résonance Magnétique Du
Saguenay- Lac-Saint-Jean Inc.**

394 rue St-Vallier, suite 300, Chicoutimi, QC G7H 4J1

Téléphone: **418-549-0202**
Téléphone sans frais: **1-877-549-0202**
Télécopieur: **418-549-6556**
Courrier électronique: info@irmsaguenay.com
Site Internet: www.irmsaguenay.com

Nom: _____
Adresse: _____

Tél: _____
D.D.N.: _____

DEMANDE D'EXAMEN DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
À compléter obligatoirement par le médecin traitant (recto et verso)

Médecin traitant: _____
Copie à: _____
Date: _____

Priorité: Urgent _____
 Semi-urgent
 Non-urgent

Investigation antérieure: Aucune
 CT (où?, quand?) _____
 RM (où?, quand?) _____
 Autre _____

ORGANE À EXPLORER: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: _____

CHIRURGIE ANTÉRIEURE DANS CETTE RÉGION: _____

Protocole	Date de réception:
	Date de rendez-vous:
	Priorité:

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT

Pour la sécurité du patient et la qualité de son examen, ce questionnaire doit être rempli obligatoirement par le médecin traitant et son patient, et signé afin que l'on puisse établir un rendez-vous.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

	OUI	NON
Stimulateur cardiaque (pacemaker)	[]	[]
«Clip» sur anévrisme cérébral	[]	[]
Implant cochléaire ou oculaire	[]	[]
Neurostimulateur	[]	[]
Corps étranger métallique intra-orbitaire	[]	[]

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

	OUI	NON
Prothèse valvulaire cardiaque métallique	[]	[] si oui, laquelle: _____
Prothèse articulaire; laquelle, depuis quand?	[]	[] _____
Matériel de fixation: clous, plaque, depuis quand?	[]	[] _____
Tige de Harrington	[]	[]
Éclats d'obus ou de projectiles (balles)	[]	[]
Électrodes épocardiques	[]	[]
Prothèse pénienne	[]	[]
Pompe à insuline, morphine...	[]	[]
Grossesse, nombre de semaines?	[]	[]
Chirurgie abdominale récente (moins de 3 mois)	[]	[]
Souffrez-vous de claustrophobie?	[]	[]
Pesez-vous plus de 200 kg?	[]	[]

IMPORTANT: Avez-vous déjà travaillé dans le métal (même s'il y a très longtemps)? Si oui, pourriez-vous avoir des éclats métalliques dans un oeil (même si asymptomatique, même si déjà enlevé)?

Nous devons être avisés avant d'établir le rendez-vous afin d'effectuer les vérifications nécessaires (RX des orbites). Il en va de votre santé.

S.V.P. s'il y a des contre-indications relatives, ou pour toute interrogation concernant les contre-indications, veuillez contacter les médecins de l'unité de résonance magnétique avant que nous fixions le rendez-vous à votre patient.

Signature du médecin traitant

Date