



**DEMANDES URGENTES - Envoyer le formulaire au centre d'IRM le plus proche**

IDENTIFICATION DE L'HÔPITAL : \_\_\_\_\_

**Demandes non urgentes - Envoyer par télécopieur au service central d'imagerie du NE (855) 640-4983**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'IRM EN AMBULATOIRE**

**INFORMATIONS POUR LES PATIENTS**

<b>NOM DE FAMILLE</b>		<b>PRÉNOM</b>		<b>INITIALE DU SECOND PRÉNOM</b>	
<b>ADRESSE</b>			<b>VILLE</b>	<b>PROVINCE</b>	<b>CODE POSTAL</b>
<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE MOBILE</b>	<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE SUPPLÉMENTAIRE</b>	<b>EMAIL</b>			
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					
<b>SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE</b> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre		<b>IDENTITÉ DE GENRE</b> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre		<b>Date de naissance (AAAA/MM/JJ)</b>	<b>TAILLE (CM)</b>
<b>NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ (HN)</b>		<b>CODE DE VERSION (VC)</b>	<b>NUMÉRO DE DEMANDE DE RÉGLEMENT À LA CSPAA</b>	<b>AUTRES</b> (frais à la charge du patient, recherche, tiers payant)	
<input type="checkbox"/> <b>INTERPRETER REQUIRED</b> Preferred language		<b>PRÉOCCUPATIONS OU EXIGENCES EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ</b>			
<b>CONTACT ALTERNATIF</b> (SI CE N'EST PAS LE PATIENT)	<b>NOM DU CONTACT</b>			<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	

**INFORMATIONS SUR LES EXAMENS ET HISTORIQUE**

<b>TEST/RÉGION(S) À EXAMINER</b>	<b>RAISON DE L'EXAMEN / ANTÉCÉDENTS CLINIQUES</b> (Veuillez également inclure les symptômes présentés, le diagnostic sous-jacent pertinent et les traitements, le cas échéant)
<input type="checkbox"/> <b>SUIVI PROGRAMMÉ</b> <b>DATE DEMANDÉE</b> (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**

<b>ÉVALUATION RÉNALE</b> 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) <b>RÉSULTAT DE L'eGFR</b> (ml/min/1,732 <sup>2</sup> ) <b>DATE DE COLLECTE</b> (AAAA/MM/JJ)	<b>CONTRE-INDICATIONS POSSIBLES À L'IRM</b> <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  <b>Veuillez fournir le rapport opératoire et préciser les informations relatives au dispositif ci-dessous (en incluant autant de détails que possible) :</b>  <b>FABRIQUER</b> <b>MODÈLE N°</b>  <b>ÉTABLISSEMENT OÙ LE TRAITEMENT A ÉTÉ ADMINISTRÉ</b>
<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>	

**EMPLACEMENT PRÉFÉRÉ**

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

**AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU ROUTAGE**

**PRESTATAIRE DE RÉFÉRENCE**

<b>NOM DU FOURNISSEUR</b>		<b>NUMÉRO DE FACTURE</b>		<b>CARTE D'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE</b>
<b>ADRESSE</b>			<b>VILLE</b>	<b>PROVINCE.</b>
<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	<b>Numéro de fax</b>	<b>COPIER VERS</b>		
<b>SIGNATURE DU FOURNISSEUR</b>				<b>DATE</b>

**À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU**

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