

**LES SERVICES RADIOLOGIQUES DE JOLIETTE 1979 INC.**

175 Visitation, suite 110/170-180, St-Charles-Borromée, QC J6E 4N4

Tél : (450) 759-6668 Fax : (450) 759-7794

IRM@radiologiejoliette.com

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom :

Date de naissance :

Âge :

Année / Mois / Jour

No. de téléphone :

Rés. :

Cell. :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Notes : _____

Signature du médecin traitant : _____

Date : _____ # permis : _____

Rapport immédiat

Télécopieur : _____

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE SUR RENDEZ-VOUS NON COUVERT PAR LA RAMQ

RACHIS	TÊTE ET COU	MEMBRE INFÉRIEUR	MEMBRE SUPÉRIEUR	ABDOMEN / PELVIEN*	EXAMENS SPÉCIFIQUES PAR RÉGION
Cervical	Cerveau	Hanche D G	Épaule D G	Abdomen*	Tissus mous
Dorsal	Hypophyse	Genou D G	Coude D G	Pelvien*	_____
Lombo-sacrée	C.A.I.	Cheville D G	Poignet D G	Cholangio-IRM*	_____
Sacrum	Trijumeau	Pied D G	Main D G	Entéro-IRM*	_____
Bassin	Massif facial	Orteil _____ D G	Doigt _____ D G	Prostate* PSA : _____	_____
Art. sacro-iliaques	Orbites				
Symphyse pubienne	ATM				
Plexus brachial	Angio IRM				
Plexus lombaire					

* = À JEUN 4H AVANT L'EXAMEN

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À L'EXAMEN**OBLIGATOIRE : À REMPLIR ET SIGNER PAR LE MÉDECIN TRAITANT ET SON PATIENT.****CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES**

oui non

- Stimulateur cardiaque
- Neurostimulateur ou défibrillateur implanté
- Pompe à infusion (implantée ou autre)
- Fragment d'électrode ou guide métallique laissé en place*
- «Clips» pour anévrisme cérébral
- Implants (oculaire, cochléaire, cornéen, pénien, etc.)
Type : _____
- Électrodes épiscopiques
- Corps étranger métallique dans les yeux*

★ = Dans le doute, prescrire des radiographies de la région concernée.

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

oui non

- Pontage coronarien*, date : _____
(si oui, une radiographie pulmonaire est nécessaire)
- Stent, date : _____
- Filtre de veine cave (parapluie), date : _____
- Dérivation ventriculaire (shunt)
- Implants métalliques (tiges, plaques, vis, agrafes, clous, sutures, etc.)*, site : _____ date : _____
- Éclats d'obus ou projectiles d'armes à feu*, site : _____
- Chirurgie de moins de 3 mois, précisez : _____
- Chirurgie antérieure de la région concernée
précisez : _____
- Tatouage / perçage, site : _____
- Timbre transdermique, capteur à glycémie
- Appareils auditifs
- Prothèses ou broches dentaires
- Grossesse, si oui combien de semaines? _____

Poids : _____ Taille : _____

CLAUSTROPHOBIE OUI NON AU MÉDECIN RÉFÉRANT : VEUILLEZ PRESCRIRE UN ANXIOLYTIQUE POUR FACILITER L'EXAMEN AU PATIENT : VENIR AVEC UN ACCOMPAGNATEUR

Signature patient : _____

Signature médecin : _____

Date : _____

Jour de l'examen

Questionnaire revu et validé par :

Initiales patient : _____

Initiales technologue : _____

Date : _____