☐ **DEMANDES URGENTES** - Envoyer une demande au centre d'IRM le plus proche

☐ Demandes d'options - À envoyer par fax au centre NE DI (855) 640-4983

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'HÔPITAL: _____

FORMULAIRE DE DEMANDE D'IRM EN CONSULTATION EXTERNE

INFORMATIONS POUR LES PATIENTS

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM

ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	E-MAIL

Le patient accepte que les informations relatives à son rendez-vous lui soient communiquées par SMS ou par e-mail ☐ Oui, texte ☐ Oui, par e-mail

SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE	IDENTITÉ DE GENRE	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	TAILLE (CM)	POIDS (KG)
☐ Femme ☐ Homme	☐ Femme ☐ Homme ☐ Autres			

NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ	CODE DE VERSION	NUMÉRO DE DOSSIER WSIB	AUTRES (privatisation, recherche, tiers payeur)

☐ ON RECHERCHE UN INTERPRÈTE Langue préférée	PRÉOCCUPATIONS OU EXIGENCES EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ

AUTRE CONTACT (SI VOUS N'ÊTES PAS PATIENT)	NOM DU CONTACT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

INFORMATIONS SUR LES EXAMENS ET HISTORIQUE

TEST/RÉGION(S) À EXAMINER (Les listes de contrôle « Choosing Wisely » DOIVENT accompagner les demandes de consultation lorsque cela est nécessaire)

☐ **SUIVI PROGRAMMÉ** **DATE DEMANDÉE** (AAAA/MM/JJ)

Les disponibilités pour les IRM sont limitées : nous ferons notre possible pour vous proposer les dates demandées.

MOTIF DE L'EXAMEN / ANTÉCÉDENTS CLINIQUES (Veuillez également indiquer le ou les symptômes principaux, les diagnostics sous-jacents pertinents et les traitements, le cas échéant)

Si le patient a besoin d'une prise en charge d'urgence, ne transmettez pas ce formulaire au service central des admissions. Veuillez contacter directement le service d'imagerie le plus proche.

DÉPISTAGE ET PRÉCAUTIONS

ÉVALUATION RÉNALE

Insuffisance rénale ? ☐ Oui ☐ Non

En dialyse ☐ Oui ☐ 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/1,732^2) **DATE DE COLLECTE** (AAAA/MM/JJ)

☐ Hypersensibilité connue aux agents de contraste

☐ Actuellement enceinte

☐ En période d'allaitement

☐ 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.

☐ Nécessite une anesthésie générale

Justification

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.

CONTRE-INDICATIONS ÉVENTUELLES À L'IRM

☐ Présence de fragments métalliques dans les yeux ou le corps

☐ Stimulateur cardiaque ou défibrillateur

☐ Chirurgie ou blessure oculaire (à l'exception des implants de cristallin, de la cataracte ou de la chirurgie au laser)

☐ Chirurgie de l'oreille/implant

☐ Stimulateurs ou électrodes implantés

☐ Filtres, stents, spirales, greffons, valves ou dérivations programmables

☐ Chirurgie des anévrismes / clips

☐ Une intervention chirurgicale au cours des six (6) dernières semaines

☐ Aucune de ces réponses

Veuillez fournir le compte rendu opératoire et indiquer ci-dessous les informations relatives au dispositif (en donnant autant de détails que possible) :

FABRIQUER **RÉFÉRENCE**

ÉTABLISSEMENT OÙ LE TRAITEMENT A ÉTÉ DISPENSÉ

EMPLACEMENT PRÉFÉRÉ

Tous les patients seront orientés vers l'établissement le plus proche, sauf si un lieu de prédilection est indiqué.

EMPLACEMENT(S) PRÉFÉRÉ(S)

AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU ROUTAGE

PRESTATAIRE DE RÉFÉRENCE

NOM DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE FACTURE	CARTE PROFESSIONNELLE

ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE FAX	COPIER VERS

SIGNATURE DU FOURNISSEUR	DATE

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE

PRIORITÉ ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ P4	MINUTÉ ☐ Oui ☐ Non	DATE PRÉCISÉE
OH ☐ Cancer ☐ Non	PROTOCOLE	RADIOLOGUE