



# Consultation en résonance magnétique en imagerie médicale (IRM) CHU Sainte-Justine

Veuillez envoyer votre demande au service d'imagerie médicale ou par fax (514)345-7778. Nous communiquerons avec vous pour vous transmettre la date de votre rendez-vous. **TOUTE REQUÊTE INCOMPLÈTE (INCLUANT LES SIGNATURES DU PATIENT ET/OU DU MÉDECIN) SERA RETOURNÉE AU MÉDECIN TRAITANT, CECI POURRAIT ENGENDRER DES DÉLAIS POUR L'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS.**

Carte de l'hôpital

## Examen demandé résonance magnétique :

- |   |  |                         |   |                         |   |
|---|--|-------------------------|---|-------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveau                    | <input type="checkbox"/> Cœur/thorax   | <b>MEMBRE SUPÉRIEUR</b> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <b>MEMBRE INFÉRIEUR</b> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Conduits auditifs internes | <input type="checkbox"/> Abdomen       | Épaule                  | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Hanche                  | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Orbites/Massif facial      | <input type="checkbox"/> Pelvis        | Coude                   | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Genou                   | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Cou                        | <input type="checkbox"/> Cholangio-IRM | Poignet                 | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Cheville                | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne 3 segments         | <input type="checkbox"/> Bassin        | Main                    | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Pied                    | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne cervicale          | <input type="checkbox"/> Pancorporel   | Arthro-IRM :            | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Arthro-IRM :            | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne dorsale            | <input type="checkbox"/> Autre :       | Memb. sup. complet :    | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | Memb. inf. complet :    | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G |
| <input type="checkbox"/> Colonne lombaire           |  |                         |   |                         |   |

## Renseignements cliniques:

Signature médecin \_\_\_\_\_ No Licence \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date ciblée de l'examen \_\_\_\_\_

**MÉDECIN : SVP COMPLÉTER LES SECTIONS PATIENT DU QUESTIONNAIRE : Le questionnaire doit être complété par le médecin traitant et son patient avant la prise de rendez-vous.**

Contre-indication IRM :	Patient		Jour du RDV				À compléter si sédation requise	Patient	
	Oui	Non	Patient		Parents			Oui	Non
			Oui	Non	Oui	Non			
Êtes-vous enceinte? Sem _____							Anomalie voies respiratoires supérieures		
Claustrophobie							Apnée du sommeil avec BIPAP		
Stimulateur cardiaque / Fils d'électrodes							Intubation difficile connue ou suspectée		
Prothèse cardiaque / Ombrelle cardiaque							Saturation < 93%		
Prothèse/Implant cochléaire							Difficulté à gérer les sécrétions		
Neuro-Stimulateur							Masse médiastinale		
Clip anévrisme cérébral							TED déficit d'attention traité avec médication		
Filtre pour caillot, stent, coils							Maladie neuro-musculaire chronique		
Timbres transdermiques							Trisomie		
Corps étrangers métalliques (éclat(s))							Échec de sédation lors d'une procédure antérieure		
Prothèse oculaire							<b>Prenez-vous un de ces médicaments : digoxine, guanFACINE ou béta-bloquants (sotalol, propranolol, métoprolol, labétalol, aténolol, nadolol) ou bloqueurs des canaux calciques cardiosélectifs (diltiazem, vérapamil) ou autres anti-arythmiques (amiodarone, flécaïnide, propafénon) Ces médicaments doivent être cessés 12 heures pré-IRM si l'examen requiert une sédation.</b>		
Blessures yeux / Corps étrangers yeux									
Pompe insuline/Lecteur transcutané									
Appareil dentaire / broches									
Cathéter Swan-Ganz									
Bouton gastrique (spécifier la date de mise-en place) : _____ / _____ / _____									
Chirurgie antérieure (spécifier date et type) : _____									

## AUTRES (antécédants) :

Allergies (produits de contraste, médicaments, etc...) Oui  Non  Si oui, lesquelles :

Problèmes rénaux (insuffisance) Oui  Non  Si oui, créatinine récente : \_\_\_\_\_

J'ai complété le questionnaire avec mon médecin. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen.

Signature bénéficiaire (parent ou tuteur) \_\_\_\_\_ Signature médecin \_\_\_\_\_ Signature infirmière \_\_\_\_\_

Questionnaire complété le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Questionnaire complété par téléphone  Questionnaire complété avec dossier médical

**Jour du rendez-vous :** J'ai revu le questionnaire ci-dessus avec le technologue et j'affirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen d'IRM.

Signature bénéficiaire (parent ou tuteur) \_\_\_\_\_ Signature accompagnant \_\_\_\_\_ Signature technologue \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Arrêt béta-bloqueurs 12 heures pré-IRM Oui  Non  Refus protection auditive :  Patient  Accompagnateur  
Non applicable