

## DEMANDE D'EXAMEN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.

**Provenance de la demande:**

- Hospitalisée     Urgence  
 Externe

**Mobilité :**

- Ambulant     Fauteuil roulant  
 Civière     Lit  
 Chevet

**Lieu de l'examen :**

- Première disponibilité  
 HEJ     HSS     L'HDQ  
 CHUL     HSFA

**Précautions additionnelles:**     Non     Oui

Si oui, préciser :     Aérienne     Gouttelettes/contact     Contact     Contact renforcé     Autre \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité du MSSS (OBLIGATOIRE):**     A (0-3 jours)     B (4-10 jours)     C (11-28 jours)     D (moins de 3 mois)

Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_     CNESST     SAAQ     Projet de recherche : \_\_\_\_\_

**EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) :** \_\_\_\_\_

IRM Fonctionnelle (indications obligatoires au verso)     IRM prostate PSA : \_\_\_\_\_

**INDICATIONS CLINIQUES:** \_\_\_\_\_

**Examen antérieur dans un autre milieu?**     Non     Oui    Lieu : \_\_\_\_\_     IRM     TDM     ÉCHO

<b>INDICATIONS OBLIGATOIRES - Contre-indications relatives</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (voir indications au verso)		
<input type="checkbox"/> Cardiostimulateur ou défibrillateur	<input type="checkbox"/> Chirurgie au cœur (clip cardiaque, valve cardiaque mécanique, implant correcteur du septum)	<input type="checkbox"/> Prothèse auditive
<input type="checkbox"/> Neurostimulateur	<input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire (filtre endovasculaire, coils, stent)	<input type="checkbox"/> Prothèse pénienne
<input type="checkbox"/> Implant cochléaire	<input type="checkbox"/> Chirurgie aux oreilles	<input type="checkbox"/> Timbre cutané médicamenteux ou timbre d'argent
<input type="checkbox"/> Corps étranger métallique dans les yeux ou autres parties du corps	<input type="checkbox"/> Expanseur mammaire temporaire post-mastectomie	<input type="checkbox"/> Claustrophobie
<input type="checkbox"/> Pompe médicamenteuse implantée (ex. insuline) ou lecteur cutané (patch) de glycémie	<input type="checkbox"/> Prothèse oculaire	<input type="checkbox"/> Maquillage permanent, tatouage, faux-cils magnétique
<input type="checkbox"/> Chirurgie au cerveau (clip, coil, valve, dérivation)		<input type="checkbox"/> Poids supérieur à 136 kg ou 300 lb
		<input type="checkbox"/> Stérilet, pessaire
		<input type="checkbox"/> Grossesse

**Résultat de la DFG estimé ou créatininémie obligatoire si présence d'un facteur de risque** (indications au verso)  
 DFG estimé : \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m<sup>2</sup>    Créatininémie : \_\_\_\_\_ mcmol/l    Poids de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ kg    \_\_\_\_\_ lb

**Réaction(s) à un produit de contraste (gadolinium)**     Non     Oui    Type de réaction(s) : \_\_\_\_\_

**MÉDECIN DEMANDEUR** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

C. C. : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_    **OBLIGATOIRE : Remplir le verso**

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**IRM fonctionnelle (section réservée au Département des sciences neurologique HEJ)**

Langage :  Antérieur  Postérieur  Latéralisation  Aires visuelles  Aires auditives

Moteur  Sensitive  Droite  Gauche  Membre supérieur  Membre inférieur  Bouche

**Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque présent**

- Pour l'examen **IRM abdominale C+ (foie-reins-pancréas-voies biliaires)** d'usager externe valide dans le dernier 6 mois
- Pour tous les examens d'usager hospitalisé et provenant de l'urgence dans les derniers 72 heures

Plus de 70 ans  Septicémie

Insuffisance rénale  Insuffisance cardiaque

Rein unique  Greffe d'organe

Diabétique  Médicaments néphrotoxiques

Chimio active ou antérieure (6 dernières semaines)

 Usager dialysé**Contre-indications relatives**

Plusieurs dispositifs ci-dessous sont fabriqués dans un matériel compatible avec l'IRM.  
Fournir le numéro du modèle exact du dispositif ainsi que sa marque de commerce ou fournir le protocole opératoire.

Cardiostimulateur/Défibrillateur	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie au cerveau (clip, coil, valve, dérivation)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie au cœur (clip cardiaque, valve cardiaque mécanique, implant correcteur du septum)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Prothèse vasculaire (filtre endovasculaire, coils, stent)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Neurostimulateur/ pompe intrathécale	N° de modèle : _____ Cie : _____
Pompe médicamenteuse implantée (ex. insuline) ou lecteur cutané (patch) de glycémie (retiré avant IRM)	N° de modèle : _____ Cie : _____
Implant cochléaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Chirurgie aux oreilles Prothèse auriculaire ou ossiculaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Expanseur mammaire temporaire ou prothèse pénienne	N° de modèle : _____ Cie : _____
Stérilet ou pessaire	N° de modèle : _____ Cie : _____
Claustrophobie	Généralement un anxiolytique permet à l'usager de tolérer l'examen.
Poids supérieur à 136 kg ou 300 lb	C'est la largeur des épaules et le diamètre de l'abdomen qui limitent l'entrée dans l'appareil
Grossesse	Sauf si urgence vitale pour la mère

**À TITRE INFORMATIF**

**Préparation pour les allergies aux produits de contraste radiologique:** Allergie antérieure grave ou de choc anaphylactique, consulter le radiologiste responsable avant de débuter la préparation

Prednisone 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen.

DiphenhydrAMINE (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen.