IRM+ MRI+
CLINIQUE IRM PLUS
MRI PLUS CLINIC

DEMANDE DIAGNOSTIQUE IRM

Télécopier le formulaire complété au (819) 771-1311

Nom:	Prénom:	No du dossier:	**Rendez-vous**
Adresse:	No appartement:	Allergies:	Date
Ville: Province:	Code postal:	Patiente enceinte: Oui ❒ Non ❒	Poids (kg):
No Téléphone: Maison:	Bureau:	Diabétique: Oui ❒ Non ❒	Heure
Date de naissance: /AA /MM /JJ	Sexe: ❒ M ❒ F	Implants mammaires: Oui ❒ Non ❒	

Examen requis:

Étude de recherche: Oui ❒ Non ❒
Veuillez préciser le nom de l'étude

Thorax/abdomen
- ❒ Thorax
- ❒ Pelvis
- ❒ Abdomen et Pelvis
- ❒ Abdomen

Spécifiez:

❒ Fonction Cardiaque

Musculosquelettique
- ❒ Membre supérieur: Spécifiez:_____
- ❒ Membre inférieur: Spécifiez:_____
- ❒ Autre: Spécifiez:_____

Rachis
- ❒ Cervical
- ❒ Dorsal
- ❒ Lombaire
- ❒ Rachis complet
- ❒ Autre

Spécifiez:

Autres
- ❒ Angiographie - RM
- ❒ Dépistage anévrisme
- ❒ Neuro-vasculaire(IRM cerveau + ARM cerveau & cou)
- ❒ Articulations temporomandibulaires (TMJ)

Tête et cou
- ❒ Cérébrale
- ❒ Sinus
- ❒ Orbites
- ❒ Conduit auditif (CAI)
- ❒ Cou

Spécifiez:

❒ Seins

Renseignements cliniques: (Veuillez envoyer une copie des rapports pertinents aux examens demandés)

Antécédents du patient d'IRM (doit être rempli)

	Oui	Non
Clip d'anévrisme intracranien *	❒	❒
Stimulateur cardiaque *	❒	❒
Implant intra-oculaire/fragment métallique antérieur	❒	❒
Chirurgie du décollement rétinien *	❒	❒
Prothèse de l'oreille moyenne *	❒	❒
Prothèse de valvule métallique ou pacerwire cardiaque *	❒	❒
Filtres/endoprothèse/spirales	❒	❒

Préciser le **type** de filtre, endoprothèse, spirale et la **date** de mise en place

Emporter une copie récente de rayon-X du thorax si le patient à déjà subi une chirurgie à coeur ouvert

*** Joindre copie du rapport chirurgical**

Protocole:

Nom du médecin (En majuscules):	Signature	No Licence:
No de téléphone (bureau)	No de télécopieur	No de téléavertisseur
Copie du rapport à:	Final Report in English ❒ Rapport final en français ❒ Rapport préliminaire demandé ❒	No du télécopieur pour le rapport:

61 RUE LAURIER
GATINEAU QC
J8X 3V7

TÉLÉPHONE 819.771.1MRI
TÉLÉCOPIEUR 819.771.1311
COURRIEL info@mriplus.ca

www.mriplus.ca