Hôpitaux d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario — Formulaire préalable à un examen d'IRM

Triage central des demandes d'IRM — **N° de télécopieur 1-613-737-8944 Tél. : 1-613-737-8883**

Tout patient qui doit passer un examen d'IRM **DOIT** d'abord remplir ce formulaire. Veuillez répondre rigoureusement à chaque question et donner des précisions pour chaque question où vous avez répondu « Oui ».

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Poids : kg	Taille : cm	Veuillez indiquer tout besoin spécial (p ex. incapacité visuelle ou auditive, besoin d'un interprète) :

Allergies connues :

Important :
- **Si vous prévoyez prendre un sédatif, vous devez avoir un accompagnateur qui vous reconduira chez vous après l'examen. Autrement, le rendez-vous sera annulé.**
- **Retirez tout bijou, bijou de perçage, montre, etc., avant d'arriver au centre d'examen d'IRM.**
- **Certains implants, appareils ou objets peuvent être dangereux pour vous ou nuire à votre examen d'IRM.**

Veuillez répondre à ces questions de manière la plus précise possible.	Oui	Non	Si OUI, veuillez préciser (quoi, où, quand), s'il y a lieu
Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker)?	❑	❑	
Avez-vous ou avez-vous déjà eu un défibrillateur implanté?	❑	❑	
Avez-vous eu une chirurgie cardiaque (p. ex. nouvelle valve, pontage)?	❑	❑	
Vous a-t-on implanté une agrafe, un tuteur, une spirale, un filtre ou une greffe?	❑	❑	
Avez-vous déjà été opéré pour un anévrisme?	❑	❑	
Vous a-t-on implanté un appareil électronique, des fils, une pompe ou un stimulateur?	❑	❑	
Avez-vous déjà été opéré à l'oreille ou à l'œil?	❑	❑	
Avez-vous déjà eu une blessure à l'œil?	❑	❑	
Avez-vous des traitements de dialyse?	❑	❑	
Vous a-t-on implanté un shunt (dérivation), un cathéter à accès vasculaire sous-cutané, une sonde, un cathéter de Hickman ou de Swan Ganz ou des électrodes?	❑	❑	
Avez-vous un implant artificiel (p. ex. œil, pénis)?	❑	❑	
Avez-vous des prothèses ou des morceaux de métal dans le corps?	❑	❑	
Avez-vous eu une coloscopie ou une endoscopie dans les 6 dernières semaines?	❑	❑	
Avez-vous le diabète, des crises épileptiques, le lupus, des antécédents de maladie du rein ou du cœur, d'AIT, d'AVC, d'hypertension (haute pression), ou une mauvaise circulation dans les jambes ou autres parties (à l'exception des varices)?	❑	❑	
Avez-vous des éclats d'obus ou une balle dans le corps?	❑	❑	
Avez-vous eu une transplantation?	❑	❑	

Veuillez répondre Oui ou Non aux questions suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Êtes-vous claustrophobe?	❑	❑	Avez-vous déjà passé un examen d'IRM?	❑	❑	Avez-vous des grains radioactifs?	❑	❑
Êtes-vous porté à faire des chutes?	❑	❑	Si oui, vous a-t-on injecté un produit de contraste?	❑	❑	Vous a-t-on chirurgicalement implanté des tiges, des broches, des vis ou des plaques?	❑	❑
Avez-vous de la difficulté à vous déplacer?	❑	❑	Prenez-vous des bêtabloquants?	❑	❑			
Portez-vous un timbre de médicament?	❑	❑	Avez-vous des tatouages ou du maquillage permanent?	❑	❑	Avez-vous un trouble du mouvement?	❑	❑
Portez-vous un implant cochléaire, un appareil auditif ou un implant dans l'oreille?	❑	❑	Avez-vous des bijoux ou des perçages?	❑	❑	Portez-vous des cosmétiques métalliques?	❑	❑
Avez-vous des prothèses dentaires (dentiers) complètes ou partielles?	❑	❑	Suivez-vous actuellement une chimiothérapie?	❑	❑	Avez-vous eu une arthroplastie?	❑	❑

Questions pour les femmes :	Oui	Non		Oui	Non
Êtes-vous ménopausée? Si oui, quelle est la date de vos dernières menstruations (aaaa/mm/jj) :	❑	❑	Allaitez-vous actuellement?	❑	❑
Êtes-vous enceinte ou est-il possible que vous le soyez?	❑	❑	Portez-vous un stérilet ou un diaphragme?	❑	❑
Avez-vous des implants ou des prothèses d'expansion tissulaires mammaires, ou un pessaire?	❑	❑			

J'atteste qu'à ma connaissance les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Nom de la personne qui a rempli le formulaire ou aidé le patient	Signature de la personne	Date (aaaa/mm/jj)

Formulaire rempli par : ❑ Le patient ❑ Un membre de la famille ❑ Un procureur

Lien avec le patient :