

Triage central des demandes d'IRM pour patients externes d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Demande de Service
Télec : 1 (613) 737-8944 / Tél. : 1 (613) 737-8883

Vous devez remplir les champs obligatoires marqués d'un astérisque (*) pour éviter tout retard de traitement de la demande.

Renseignements du patient

*Nom de famille	*Prénom	Second prénom	*Date de naissance (aaaa/mm/jj)
*Adresse	*Ville	*Province	*Code postal
Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autres :	*Poids	*Taille	Sexe
Courriel	Le patient consent-il à recevoir les détails de ses rendez-vous par courriel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Téléphone (jour) () poste :
*Facturer à : <input type="checkbox"/> OHIP <input type="checkbox"/> Défense nationale <input type="checkbox"/> Autres :	*Assurance : n° de carte d'assurance-santé	Province	Téléphone (soir) () poste : Accessibilité <input type="checkbox"/> Ascenseur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Civière
CSPAAT : Date de la blessure (aaaa/mm/jj)	Employeur	Numéro de la réclamation	

Renseignements et historique des examens

*Examen demandé : (la liste de vérification doit accompagner toute demande d'examen d'IRM pour des maux de tête ou une douleur au bas du dos)		Anesthésie générale requise : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*Antécédents et renseignements cliniques du patient : (inclure la date et le lieu des examens antérieurs pertinents)		*Allergies connues :
Date précise demandée pour l'examen : L'accès aux services d'IRM est limité et seulement certaines dates demandées seront acceptées. Date précise demandée (aaaa/mm/jj) : _____ Justifiez le besoin médical d'une date précise : Oui Non *Veuillez indiquer : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patiente enceinte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patient en dialyse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patient allergique au produit de contraste pour l'IRM	Oui Non *Contre-indications potentielles pour l'IRM : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implant intraoculaire/antécédent de fragment métallique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'œil (sauf implants oculaires, chirurgie de la cataracte ou au laser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'oreille (sauf tubes de l'oreille) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque ou défibrillateur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stimulateurs ou électrodes implantées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Filtre, tuteur, spirale, greffon ou dérivation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgie d'un anévrisme	
Centre d'examen d'IRM préféré : la préférence d'un centre spécifique peut allonger le temps d'attente.	Si possible, fournissez la valeur et la date du résultat du DFGe le plus récent (dans les 3 derniers mois) : Valeur du DFGe : Date de l'examen :	*Envoyez le rapport opératoire et fournissez les renseignements sur l'appareil ci-dessous : *Appareil : *Date : *Établissement où le traitement a été reçu

L'Hôpital Montfort est le seul hôpital universitaire de la région qui peut assurer l'ensemble de ses services en français. La majorité des services d'imagerie diagnostique offerts à l'Hôpital communautaire de Cornwall et au Campus Général de L'Hôpital d'Ottawa sont également désignés pour offrir leurs services en français.

Médecin traitant

*Nom de famille	*Prénom	*Signature
Adresse	Ville	Province
*Téléphone	*Télécopieur	*Numéro de facturation

Envoyer une copie à :

*Nom de famille	*Prénom	*Télécopieur
Adresse	Ville	Province
		Code postal

Réservé à l'administration

Protocole :

Produit de contraste par i.v. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Code de priorité	Protocole par	DFGe requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1m <input type="checkbox"/> 3m <input type="checkbox"/> 6m	Date du rendez-vous	Heure
---	-------------------------	----------------------	--	----------------------------	--------------