



RENSEIGNEMENTS PRÉLIMINAIRES SUR LE PATIENT

[Dans le but d'éviter tout retard, assurez-vous d'obtenir de votre patient les renseignements suivants avant de fixer un rendez-vous.]

PLACER LE NUMÉRO DE DOSSIER DE
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ICI

OUI NON

1. Le patient a-t-il déjà occupé un poste d'éboueur, d'ouvrier métallurgiste ou de soudeur?
2. Le patient a-t-il déjà reçu dans l'oeil une particule de métal?
3. Est-il possible que la patiente soit enceinte?
Indiquer la date des dernières menstruations _____
4. Le patient a-t-il été receveur d'un des mécanismes suivants :
- Stimulateur cardiaque?
 - Pince à anévrisme?
 - Neurostimulateur?
 - Impant cochléaire?
 - Tatouages ou aiguilles servant au perçage ou à l'acupuncture?
 - Tout autre mécanisme ou pièce de métal à l'intérieur du corps?
Veuillez préciser _____
5. Le patient souffre-t-il de claustrophobie?
6. Quel est le poids du patient? Poids du patients : _____ Taille du patient : _____
7. Le patient a-t-il déjà dû subir une intervention chirurgicale?
Nature de la chirurgie _____ Date: _____

Protocole :

Si le patient a répondu OUI à une des questions énumérées ci-dessus le cabinet de médecin devra communiquer avec le Centre de résonance magnétique de la Vallée de l'Outaouais avant de soumettre la demande.

Merci

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU PATIENT ET DU MÉDECIN TRAITANT	Nom du patient _____	Nom du médecin _____
	Adresse _____	Adresse _____
	Ville _____ Code postal _____	Ville _____ Code Postal _____
	Tél. _____ Bureau _____ Téléc. _____	Téléphone # (____) _____
Date de naissance: A ____ M ____ J ____ Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Télécopieur # (____) _____	
Faire parvenir des copies supplémentaires du rapport à :		
Nom _____ Adresse _____ Ville _____ Code Postal _____		
Télécopieur _____		
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX / HISTOIRE MÉDICALE		
Région(s) à examiner : 1. _____ 2. _____ 3. _____		
Résultats de l'examen pertinent :	Interventions chirurgicales pertinentes :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Signature du médecin