



The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

DEMANDE D'IMAGERIE MÉDICALE (IM) À TÉLÉCOPIER DE PRÉFÉRENCE

TÉLÉPHONE DU BUREAU CENTRAL DES RENDEZ-VOUS - 613-761-4831

Numéros de télécopieur de l'IM

TDM (CT Scan) 613-761-4529	Échographie 613-761-4814
IRM (MRI) 613-737-8611	Imagerie du sein 613-761-4405
Radiographie 613-737-8647	Angio Général 613-737-8855
	Angio Civic 613-761-4128

PRIORITÉ

Si c'est un cas très urgent, cocher la priorité et fournir les antécédents appropriés.

Routine Priorité 2-3 jours après le congé
 Date spécifique : _____ - Justifier la nécessité clinique.

Examen(s) demandé(s) :

Antécédents et résultats de laboratoire :

Nom _____ Prénom _____ Nom de famille de la mère _____
 Prénom du père : _____
 Adresse municipale _____ N° d'appartement _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Téléphone _____ Cellulaire : _____
 Maison : _____ Bureau : _____
 Date de naissance /AA /MM /JJ Sexe Homme Femme
 Assurance provinciale _____ Version _____ Date d'expiration _____
 Autre assurance _____
 No de la CSPAAT _____ Employeur _____
 No du dossier médicale (NDM) _____ No d'enregistrement _____

<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> À pied	<input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> App. Rx mobile	<input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/>	Oui Non Oxygène requis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Poids du patient (kg)	Taille du patient (cm)	Allergies
------------------------------	-------------------------------	------------------

O N Veuillez cocher ce qui s'applique

Le patient a une atteinte rénale
 Antécédents familiaux de d'insuffisance rénale au stade ultime
 Patient dialysé
 Patiente enceinte
 Prend de la Metformine
 Aucun

Taux de clairance de la créatinine ou DFGe et date du résultat pour les patients qui présentent au moins un facteur de risque)

O N Facteurs de risque de la néphropatie induite par un produit de contraste

Diabète sucré
 Maladie cardiaque
 Hypertension
 Méd. néphrotoxiques :
 Immunosuppression :
 Collagénose avec manifestations vasculaires
 Déshydratation, sepsis, choc
 Aucun

Veuillez fournir la valeur, date et emplacement des résultats les plus récents de créatinine ou DFGe les 6 derniers mois et fournir un rapport si fait à l'extérieur.
 Emplacement :

Taux de Cr	Taux de DFGe	Date de l'examen
-------------------	---------------------	-------------------------

O N Contreindications possibles de l'IRM

Clip d'anévrisme intracrânien *
 Implant intra-oculaire/fragment métallique antérieur
 Chirurgie oculaire (excl. lentilles, cataractes, chirurgie au laser) *
 Chirurgie de l'oreille (excl. tubes) *
 Stimulateur cardiaque *
 Stimulateurs, électrodes, ou aides électroniques implantés *
 Tous filtres, endoprothèse, spirales, greffes ou shunt *

* Veuillez joindre copie du rapport opératoire et préciser le **dispositif** **la date** **l'établissement** (chirurgie/traitement)

L'IRM est contreindiqué pour tous les patients ayant un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur.

Implants mammaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si imagerie du sein requise - dernière mammographie : Quand? _____ Où? _____	Étude de recherche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser le nom de l'étude _____
--	---	--

Médecin requérant (en lettres moulées) _____	Signature _____	N° de facturation _____
--	-----------------	-------------------------

N° de téléphone (bureau) _____	N° de télécopieur _____	N° de téléavertisseur _____
--------------------------------	-------------------------	-----------------------------

Copie du rapport à _____	Adresse _____	N° de télécopieur _____
--------------------------	---------------	-------------------------

Protocole :

Code prioritaire	Traité par	Est-ce qu'un DFGe est requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1 m <input type="checkbox"/> 3 m	DATE DU RENDEZ-VOUS	HEURE
-------------------------	-------------------	---	----------------------------	--------------

Radiologiste/ Technologue	Nom en lettres moulées : _____	Signature : _____
------------------------------	--------------------------------	-------------------

Commentaires :	Radiologiste intervenant _____	Heure de l'examen _____
	Clichés envoyés à _____	Signature (technologue) _____