



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
		Civc	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

Pour patients hospitalisés (mode de transport)

☐ Fauteuil roulant ☐ Civière ☐ Lit
☐ À pied ☐ App. Rx mobile

Oui Non

Oxygène requis ☐ ☐

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 néphropathie 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 :

☐ Oui ☐ Non

Si imagerie du sein requise - dernière mammographie :

Quand? Où?

Étude de recherche : ☐ Oui ☐ 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?

☐ Oui ☐ Non ☐ 1 m ☐ 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)