

Téléphone : 1 833 622-1309

Courriel ou télécopieur pour rendez-vous EXTERNE > 72h :

crv.consultations.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca

1 833 669-2400

Courriel ou télécopieur pour rendez-vous URGENT < 72h :

requete.irm.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca

450-975-5024

Remettre la requête originale à l'utilisateur

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier du CISSS de Laval :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

Examen (ou rapport antérieur) OBLIGATOIRE

Pour des fins d'accessibilité, l'utilisateur(ère) accepte que pour un examen couvert par la RAMQ, il est possible qu'un partenaire du réseau communique avec lui afin de lui offrir une plage de rendez-vous.

EXAMEN DEMANDÉ :

Cerveau

Conduits auditifs internes

Hypophyse / Selle turcique

Colonne (C, D, L)

Abdomen (Pelvien)

Cholangio-résonance / MRCP

Musculosquelettique (indiquer dans les renseignements cliniques la région et la latéralité)

Angio-résonance Spécifiez : _____)

Autre région (Spécifiez : _____)

Renseignements cliniques obligatoires :

REVUE DE CONTRE-INDICATION PRÉ EXAMEN

1. Êtes-vous porteur d'un :

Oui Non

- Stimulateur cardiaque?
- Clip sur un anévrisme cérébral?
- Prothèse oculaire ou cochléaire?
- Corps étranger intra oculaire?
- Pompe d'insuline et ou capteur glycémique?
- Neurostimulateur / shunt ventriculopéritonéal ?
- Implant pénien?

2. Y a-t-il du métal dans votre corps (yeux)?

Si oui, précisez : _____

3. Avez-vous déjà subi une chirurgie? :

Oui Non

- Cardiaque? Précisez : _____
- Au cerveau? Précisez : _____
- Aux yeux? Précisez : _____
- Autres : _____

4. Êtes-vous enceinte?

Nombre de semaines : _____

5. Êtes-vous claustrophobe? :

(Prévoir la médication PRN)

6. Avez-vous des allergies ?

Si oui précisez : _____

J'ai revu avec l'infirmière ou le médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui Non

Signature du médecin ou de l'IPS : _____ Numéro permis : _____

Signature du patient : _____ Date : _____