



585 Ch. Mapleton, Suite 101
 Moncton NB E1G 2K5
 Tél: 506.204.7040 • SF: 1.855.897.4476
 Fax: 506.204.0586 • SF Fax: 1.877.638.9494
 www.irmmonctonmri.com

- Réquisition d'IRM
- Réquisition d'Ultrason
- Arceau chirurgical – Service d'injection

| Information du patient | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Nom : | _____ |
| Adresse : | _____ |
| ID Unique : | _____ Ass. Maladie : _____ |
| Date de naissance : | _____ |
| Numéro(s) de tél. : | _____ |
| Médecin traitant : | _____ |
| Téléphone : | _____ Téléc. _____ |
| Autre médecin participant : | _____ |
| Téléphone : | _____ Téléc. _____ |
| Copies du rapport à être envoyées à : | _____ |

1. RÉGION QUI DOIT ÊTRE EXAMINÉE :

2. QUESTION CLINIQUE À RÉPONDRE :

3. ANTÉCÉDENTS CLINIQUES / INFORMATION PERTINENTE :

Données essentielles du patient / Facteurs de risque

| | | | |
|---|--|---|---|
| Diabétique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Myélomes multiples | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Insuffisance Rénale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Hypertension | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Allergies | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <i>Veillez SVP lister</i> _____ | |
| Créatinine _____ | eGFR _____ | Date: _____ | |
| Chirurgie antérieure | <input type="checkbox"/> Oui _____ | <input type="checkbox"/> Non | |
| Claustrophobique | <input type="checkbox"/> Oui (<i>Veillez fournir les médicaments appropriés si nécessaire</i>) | <input type="checkbox"/> Non | |
| Le patient est : | <input type="checkbox"/> Ambulatoire | <input type="checkbox"/> Dépend d'un fauteuil roulant | |
| <input type="checkbox"/> Travail sécuritaire NB | <input type="checkbox"/> MDN | <input type="checkbox"/> GRC | <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Date: _____ Signature du médecin _____

À l'usage du département seulement

| | |
|-------------|--|
| Protocole : | Agent de contraste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Administré par : _____ |

Date reçu : _____ Date/heure prévue _____