



DT9481

**REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE
EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**
(Âge minimal : 14 ans)

**Questionnaire obligatoire à remplir par le médecin
et par l'utilisateur.**

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Condition(s) clinique(s)	Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois (90 jrs)		
PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée sinon, l'inscrire dans la section « Autres »)			
Tête	<input type="checkbox"/> Évaluation préopératoire (ex. : tumeur cérébrale)		B
	<input type="checkbox"/> Évaluation tumeur , spécifier : _____		C
	<input type="checkbox"/> Évaluation SEP et autres pathologies en neurologie <u>subaiguë</u> ou évolutive (RMN cérébrale ou autre) Spécifier : _____		C
Rachis	<input type="checkbox"/> Cervicalgie avec atteinte fonctionnelle importante		C
	<input type="checkbox"/> Lombalgie avec atteinte fonctionnelle importante chez usager ≤ 50 ans		C
	<input type="checkbox"/> Lombalgie sans réponse au traitement conservateur chez usager ≤ 50 ans		D
Musculo/squelettique	<input type="checkbox"/> Tumeur pré biopsie (urgent) (ex. : sarcome) , spécifier : _____		B
	<input type="checkbox"/> Tumeur caractérisation, spécifier : _____		C
	<input type="checkbox"/> Ligament croisé du genou (antérieur ou postérieur)		C
	<input type="checkbox"/> Évaluation des ménisques ou dérangement interne du genou		D
	<input type="checkbox"/> Tendinopathie de l' épaule ou autres articulations, spécifier : _____		D
Cœur/thorax	<input type="checkbox"/> Arythmie – possibilité de défibrillateur		B
	<input type="checkbox"/> Masse médiastinale/cardiomyopathie/myocardite/ARVC Spécifier : _____		C
Sein	<input type="checkbox"/> Préopératoire (voir recommandations de l'INESSS)		B
Abdomen ou pelvis	<input type="checkbox"/> Caractérisation -extension pré-traitement, bilan préopératoire ou bilan métastatique Spécifier « abdomen » ou « pelvis » : _____		B
	<input type="checkbox"/> Caractérisation d'une masse au niveau du foie, rate, pancréas, surrénales, ovaires, utérus et autres cavités abdominales Spécifier « abdomen » ou « pelvis » : _____		C
Autre(s)	<input type="checkbox"/> AUTRE(S) CONDITIONS(S) CLINIQUE(S) non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE à la section « Impression diagnostique ») Condition(s) clinique(s) : _____ Examen demandé : _____		Priorité clinique

SUIVI (L'examen ne peut être demandé plus d'un an à l'avance)

Examen demandé :

Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) : _____

Installation/point de services ayant réalisé l'examen antérieur : _____

Date de réalisation : _____

Condition clinique :

 Suivi d'une lésion documentée
(**même modalité** d'imagerie), spécifier : _____ Caractérisation d'une lésion vue dans
une **autre modalité** d'imagerie, spécifier : _____ Autre(s) : _____Priorité clinique
ou date ciblée**Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires** **PRÉREQUIS À UNE CONSULTATION
AVEC LE SPÉCIALISTE OU À UNE CHIRURGIE :**

Année Mois Jour

Date prévue du rendez-vous : | | |

 Diabète

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

Estampe

Nom du médecin référent

N° de permis

Ind. rég. N° de téléphone

N° de poste

Ind. rég. N° de télécopieur

Nom du point de service

Signature

Date (année, mois, jour)

Médecin de famille : Idem au médecin référent Usager sans médecin de famille

Référence nominative (si requis)

Nom du médecin de famille

Si vous désirez une référence nominative à un point
de service ou installation, spécifier :

Nom du point de service