



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 <b>préopératoire</b> (ex. : tumeur cérébrale)		<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Évaluation <b>tumeur</b> , spécifier : _____		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Évaluation <b>SEP</b> et autres pathologies en neurologie <u>subaiguë</u> ou évolutive (RMN cérébrale ou autre) Spécifier : _____		<b>C</b>
Rachis	<input type="checkbox"/> <b>Cervicalgie</b> avec atteinte fonctionnelle importante		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Lombalgie</b> avec <b>atteinte fonctionnelle</b> importante chez usager ≤ 50 ans		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Lombalgie</b> sans réponse au traitement conservateur chez usager ≤ 50 ans		<b>D</b>
Musculo/squelettique	<input type="checkbox"/> <b>Tumeur pré biopsie (urgent) (ex. : sarcome)</b> , spécifier : _____		<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Tumeur</b> caractérisation, spécifier : _____		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ligament</b> croisé du <b>genou</b> (antérieur ou postérieur)		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Évaluation des <b>ménisques</b> ou dérangement interne du genou		<b>D</b>
	<input type="checkbox"/> Tendinopathie de l' <b>épaule</b> ou autres articulations, spécifier : _____		<b>D</b>
Cœur/thorax	<input type="checkbox"/> <b>Arythmie</b> – possibilité de défibrillateur		<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Masse médiastinale/cardiomyopathie/myocardite/ARVC Spécifier : _____		<b>C</b>
Sein	<input type="checkbox"/> <b>Préopératoire</b> (voir recommandations de l'INESSS)		<b>B</b>
Abdomen ou pelvis	<input type="checkbox"/> <b>Caractérisation</b> -extension pré-traitement, bilan préopératoire ou bilan métastatique Spécifier « abdomen » ou « pelvis » : _____		<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Caractérisation</b> d'une masse au niveau du foie, rate, pancréas, surrénales, ovaires, utérus et autres cavités abdominales Spécifier « abdomen » ou « pelvis » : _____		<b>C</b>
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 ») <b>Condition(s) clinique(s) :</b> _____ <b>Examen demandé :</b> _____		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 \_\_\_\_\_