



Résonance magnétique (IRM)
Formulaire de sécurité et de consentement

MUHC CENTRALE DE RDV/APPOINTMENT CENTRE
imaging.appointment@muhc.mcgill.ca

MUHC RDV /Appt.Fax. 514.843.1301 Tel.: 514.934.4434
Lachine RDV Tel.: 514.934.1934 Ext. 38092
MNH Tel.: 514.398.8510 Fax.: 514.398.2829

Numéro dossier: _____
Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: AAAA MM JJ Sexe: M F
No. Assurance maladie Date d'exp: _____
LLLL NNNN NNNN AAAA MM

Adresse: Numéro Rue
Ville Province: Code postal: _____

Tél. dom : _____ Taille: _____
Cell: _____ Bur: _____ Poids: _____

Rapport à:
Tél: _____

Adresse:
Télécopieur: _____

Avez-vous déjà été opéré ou déjà eu des problèmes

- Rénaux ou antécédents familiaux de maladie rénale non oui
- Maladie grave du foie ou greffe de rein non oui
- De diabète ou hypertension non oui
- Au Cerveau non oui
- Au Cœur (coronaire/pontage ?)** non oui
- Électrodes épiscopiques ** non oui
- Autre(s) chirurgie(s) non oui →

Si oui, le niveau de la créatinine est requis. CR: _____

Si oui, le niveau de la créatinine est requis. CR: _____

Si oui, le niveau de la créatinine est requis. CR: _____

(Si oui, un rayon x de poumons est requis avant votre IRM.)**

Spécifiez: _____

Êtes-vous porteur de

- Stimulateur cardiaque ("pacemaker") non oui
- Défibrillateur cardiaque implantable non oui
- Prothèse valvulaire cardiaque non oui
- Pompe à insuline sous-cutanée non oui
- Pompe pour chimiothérapie sous-cutanée non oui
- Endoprothèse vasculaire non oui →
- Filtre à veine cave < 3 mois non oui
- Clip/ligature anévrisme cérébral non oui →
- Shunt vasculaire cérébral non oui →
- Neuro/bio stimulateur non oui →
- Prothèse oculaire, cochléaire ou dentaire non oui →
- Prothèse pénienne non oui →
- Prothèse métallique orthopédique non oui →
- Interne ou externe des verres de contact de couleurs non oui

- Pessaire ou stérilet non oui
- Perçage non oui
- Tatouage / maquillage permanent non oui
- Gilet halo/fixation cervicale non oui

Spécifiez: _____ Modèle: _____

Spécifiez: _____

Spécifiez: _____

Spécifiez: _____

Spécifiez: _____

Spécifiez: _____

Spécifiez: _____

- Souffrez-vous de claustrophobie ? non oui
- Êtes-vous enceinte ? non oui

Avez-vous déjà subi une blessure ou un traumatisme par objet métallique

- à un œil ** non oui →
- à une autre partie de votre corps ** non oui →
- Corps étranger retiré? non oui

Spécifiez: _____

****Si oui, un rayon X est requis avant votre IRM**

NOTE IMPORTANT: Si vous portez un timbre médical, veuillez le retirer avant l'examen. Conséquemment, veuillez apporter un timbre de rechange que vous pourrez appliquer une fois l'examen terminé.

J'ai révisé le formulaire de sécurité et de consentement ci-dessus avec mon médecin et les renseignements étant complets et exacts, je consens à passer un examen par résonance magnétique.

Signature du médecin

Date

Signature du patient

À l'usage de la radiologie uniquement: 1 2 3 4 5

Protocole