

# CENTRE RADIOLOGIQUE DE L'ESTRIE

## RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

31 J.A Bombardier, porte 31, suite B-100  
Sherbrooke J1L 0H8

Tél. : 819 820-2827 / Téléc. : 819 563-3542  
Courriel : irm.estrie@videotron.ca

### EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Musculosquelettique        | <input type="checkbox"/> Colonne cervicale                          |
| <input type="checkbox"/> Épaule <b>D</b> <b>G</b>   | <input type="checkbox"/> Colonne dorsale                            |
| <input type="checkbox"/> Genou <b>D</b> <b>G</b>    | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire                           |
| <input type="checkbox"/> Hanche <b>D</b> <b>G</b>   | <input type="checkbox"/> Sacrum/coccyx                              |
| <input type="checkbox"/> Poignet <b>D</b> <b>G</b>  | <input type="checkbox"/> Pelvien                                    |
| <input type="checkbox"/> Cheville <b>D</b> <b>G</b> | <input type="checkbox"/> Bassin                                     |
| <input type="checkbox"/> Autres _____               | <input type="checkbox"/> Colonne 1 segment +<br>art. sacro-iliaque  |
| <input type="checkbox"/> Tête (cerveau, hypophyse)  | <input type="checkbox"/> Colonne 2 segments +<br>art. sacro-iliaque |
| <input type="checkbox"/> Prostate (Avec Gadolinium) | <input type="checkbox"/> Colonne 3 segments +<br>art. sacro-iliaque |
| <input type="checkbox"/> Seins (Avec Gadolinium)    | <input type="checkbox"/> IRM + Arthrographie                        |
| <input type="checkbox"/> Thorax                     | <input type="checkbox"/> Avec injection<br>Gadolinium               |
| <input type="checkbox"/> Abdomen                    |   |
| <input type="checkbox"/> Plexus brachial            |   |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde/cou               |   |
| <input type="checkbox"/> Orbite                     |   |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes, CAI             |   |

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Signature du médecin (obligatoire) : \_\_\_\_\_

# No. de permis: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

C.C. : \_\_\_\_\_

Examens non couverts par la RAMQ  
(Prix au verso de la prescription)

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ PRISE DE RENDEZ-VOUS

Dossier : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Estrie : \_\_\_\_\_ Facturation : \_\_\_\_\_

### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

#### QUESTIONNAIRE POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE AVEC INJECTION

Facteurs de risque d'insuffisance rénale : \_\_\_\_\_

Patient(e) de 60 ans et plus :  oui  non

Créatinine si possible : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

DFGE : \_\_\_\_\_

Diabète :  oui  non Allergie : \_\_\_\_\_

#### QUESTIONNAIRE POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE SANS INJECTION

Oui/non

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DVP (shunt)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque, défibrillateur, neurostimulateur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip sur anévrisme ou malformation artérioveineuse      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragment métallique dans un oeil, ou sur le corps       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pontage coronarien                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe insuline ou médicament implanté sous la peau      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire (oreille interne)                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant oculaire ou implant cornéen                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant pénien  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grossesse, si oui combien de semaines : _____           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poids excédant 350 livres                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobie  |

Signature patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

# Mon Rendez-vous

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

TYPE D'EXAMENS IRM	PRIX DES EXAMENS	TYPE D'EXAMENS IRM	PRIX DES EXAMENS
IRM TETE - CERVEAU	735,00 \$	IRM COLONNE 1 SEGMENT	735,00 \$
IRM TETE - HYPOPHYSE	735,00 \$	IRM COLONNE 1 SEG+ART.S.ILIAQUES	920,00 \$
IRM CONDUIT AUDITIF	735,00 \$	IRM COLONNE 2 SEGMENTS	920,00 \$
IRM A.T.M	735,00 \$	IRM COLONNE 2 SEG+ART.S.ILIAQUES	1 105,00 \$
IRM ORBITE	735,00 \$	IRM COLONNE 3 SEGMENTS	1 105,00 \$
IRM COU/THYROIDE/ORL	735,00 \$	IRM COLONNE 3 SEG+ART.S.ILIAQUES	1 290,00 \$
IRM PLEXUS BRACHIAL	735,00 \$	IRM SACRUM/COCCYX	735,00 \$
IRM THORAX	800,00 \$		
IRM SEINS (Avec Gadolinium)	840,00 \$	IRM PELVIEN	815,00 \$
		IRM ABDOMEN	815,00 \$
IRM MUSCULOSQUELETTIQUE	735,00 \$	IRM PROSTATE(Avec Gadolinium)	840,00 \$
IRM ARTHRO	800,00 \$		
		INJECTION DE GADOLINIUM	140,00 \$

## CONSIGNES PRÉ-IRM

- 1 - IRM abdomen : À jeun 4h avant l'examen
- 2 - Aucun bijoux, maquillage ou autres choses métalliques
- 3 - Aucune pince dans les cheveux et aucune perruque

**31, J.A. Bombardier  
porte 31, suite B.100  
Sherbrooke (Québec)  
J1L 0H8**

Heures d'ouvertures  
Lundi au vendredi  
8 h - 20 h

