



Demande de diagnostic et d'imagerie cardiaques – Tomo, IRM, Radiographies

UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Rendez-vous/Renseignements/Annulations
☎ 613-696-7066 ☎ 613-696-7102

40 rue Ruskin, Ottawa (Ontario) K1Y 4W7
www.ottawaheart.ca

Numéro de dossier médical

PRIORITÉ : **Patient hospitalisé** – Service : **Patient externe** – Urgence : Moins de 2 semaines
Pour tomodensitométrie et IRM : Urgent Prochain jour disponible Moins d'un mois Non urgent

Nom de famille Prénom Nom de jeune fille

Date de naissance (aaaa/mm/jj) Sexe : M F Numéro d'assurance maladie Code de la version Date d'expiration

Adresse Ville Province Code Postal

Numéro de téléphone : (Domicile) (Travail) Recherche : Non Oui – Préciser le nom :

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

Pour les patients hospitalisés (mode de transport) :

- Fauteuil roulant Civière Lit
 À pied Appareil de radiographie mobile

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MOTIF DE LA DEMANDE : Veuillez envoyer une copie des rapports pertinents pour les études demandées. Douleurs à la poitrine Dyspnée
 Arythmie Syncope AVC/AIT
 ICP/Pontage aortocoronarien Antécédents d'IM
 Trouble de la fonction cardiaque/Insuffisance

Créatinine ou DFGe /Date du résultat : _____
Taille : _____ cm Poids : _____ kg
Dialyse? Oui Non Insuffisance rénale? Oui Non
Diabète? Oui Non À risque de défaillance cardiaque? Oui Non
Metformine? Oui Non Si oui, retenir le lasix? Oui Non

Contreindications possibles de l'IRM

L'IRM est contreindiquée pour tous patients avec stimulateur ou défibrillateur.

- Oui Non Stimulateur cardiaque *
 Oui Non Clip d'anévrisme intracrânien *
 Oui Non Implant intra-oculaire/fragment métallique antérieur
 Oui Non Chirurgie oculaire (excl. lentilles, cataractes, chirurgie au laser) *
 Oui Non Chirurgie de l'oreille (excl. tubes) *
 Oui Non Stimulateurs, électrodes, ou aides électroniques implantés *
 Oui Non Tous filtres, endoprothèse, spirales, greffes ou shunt *

* Veuillez joindre copie du rapport opératoire et préciser le

dispositif **la date** **l'établissement** (chirurgie/traitement)

ALLERGIES :

MÉDICAMENTS : Établir la liste des médicaments.

Nom du résident (lettres moulées) Nom du médecin (lettres moulées) Signature du médecin

Numéro de téléphone Numéro de télécopieur N° de facturation

Copie à Médecin de famille Autre médecin

RÉSERVÉ AU BUREAU

Protocole :

Code prioritaire Traité par Est-ce qu'un DFGe est requis?
 Oui Non

Médecin Nom (en lettres moulées) : Signature :

Commentaires Médecin intervenant Heure de l'examen

Clichés envoyés à Signature du technologue