



# 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 ☎ 613-696-7098

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

Demande de consultation en cardiologie?  Oui  Non

Créatinine ou DFGé /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 DFGé est requis?  
 Oui  Non

Médecin Nom (en lettres moulées) : Signature :

Commentaires Médecin intervenant Heure de l'examen

Clichés envoyés à Signature du technologue