

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

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

Signature patient : _____

Date : _____

Mon Rendez-vous

Date : _____

Heure : _____

TYPE D'EXAMENS IRM

PRIX DES EXAMENS

IRM TETE - CERVEAU	735,00 \$
IRM TETE - HYPOPHYSE	735,00 \$
IRM CONDUIT AUDITIF	735,00 \$
IRM A.T.M	735,00 \$
IRM ORBITE	735,00 \$
IRM COU/THYROIDE/ORL	735,00 \$
IRM PLEXUS BRACHIAL	735,00 \$
IRM THORAX	800,00 \$
IRM SEINS (Avec Gadolinium)	840,00 \$

IRM MUSCULOSQUELETTIQUE	735,00 \$
IRM ARTHRO	800,00 \$

TYPE D'EXAMENS IRM

PRIX DES EXAMENS

IRM COLONNE 1 SEGMENT	735,00 \$
IRM COLONNE 1 SEG+ART.S.ILIAQUES	920,00 \$
IRM COLONNE 2 SEGMENTS	920,00 \$
IRM COLONNE 2 SEG+ART.S.ILIAQUES	1 105,00 \$
IRM COLONNE 3 SEGMENTS	1 105,00 \$
IRM COLONNE 3 SEG+ART.S.ILIAQUES	1 290,00 \$
IRM SACRUM/COCCYX	735,00 \$
IRM PELVIEN	815,00 \$
IRM ABDOMEN	815,00 \$
IRM PROSTATE(Avec Gadolinium)	840,00 \$
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

