

DEMANDE EXAMEN I.R.M à faxer au 04.78.43.81.61

NOM DU PATIENT :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

PATIENT INFECTÉ : OUI NON

APNÉE POSSIBLE : OUI NON

ETAT DE CONSCIENCE : 1 - 2 - 3 - 4

Téléphone :

(du moins vers le plus)

DATE de la demande:

Nom du médecin demandeur :

EXAMEN DEMANDÉ : transcrire la lettre du médecin ou la transmettre par fax

MOTIF DE LA DEMANDE :

HISTOIRE CLINIQUE (points clés) :

DÉPLACEMENT DU PATIENT :

- Valide
- Chaise
- VSL / Ambulance

CONTRE-INDICATIONS-CORPS ÉTRANGERS : Patient porteur de :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Oxygène | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Pace maker – défibrillateur : contre-indication absolue | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Prothèse métalliques
(sauf plombage dentaire, bridge, couronne, implant...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Stent, valve cardiaque ou dérivation ventriculaire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Clips métalliques | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Pompe à chimiothérapie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Sutures à fil métallique et agrafes (risque de brûlures) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Neurostimulateur | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Patches divers (p.ex : nicotine, anti-douleur, contraceptif...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Patiente enceinte ou allaitant | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Poids excédant 140 kg | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Projectiles métalliques (limailles, éclats)/ayant déjà travaillé dans la métallurgie. Si oui, prévoir une radiographie du crâne centrée sur les orbites | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Patient claustrophobe | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Patient agité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

**Si vous répondez OUI à un item, APPELER LE SECRETARIAT DE L'IRM :
04.78.66.20.66**