FORMULAIRE DE DEMANDE D'IRM ET QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE DES CONTRE-INDICATIONS

Service Imagerie Médicale
Centre Hospitalier Mémorial
715, rue Dunant
50009 SAINT-LO Cedex

TEL : 02.33.06.30.30
FAX : 02.33.06.32.14
MAIL : irm@ch-stlo.fr

Convocation le :
A : h

JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ORDONNANCE POUR VALIDATION DU DOSSIER

NOM du médecin prescripteur : .....
Adresse et téléphone (*pour les médecins de ville)* : .....
.....
NOM de votre médecin traitant (médecin déclaré auprès de votre caisse) : .....

NOM patient(e) : .....
NOM de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse postale : .....
.....
.....
Tél. :.....
Adresse email : ……

Service si patient hospitalisé : (ou coller étiquette informatique)

POIDS DU PATIENT : ……. TAILLE : ……

Région à explorer :

☐ CRANE
☐ RACHIS, préciser (lombaire, cervical ou dorsal) :
☐ ABDOMEN (préciser : foie, pancréas, etc.)
☐ PELVIS
☐ MEMBRE, préciser .....
☐ SEIN
☐ AUTRE, préciser.....
☐ ANGIOGRAPHIE (ARM)
☐ CHOLANGIOGRAPHIE (CPRM)

Antécédents utiles :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'IRM ET QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE DES CONTRE-INDICATIONS

IMPORTANT : ***Les examens par IRM comportent un certain nombre de contraintes. Il est indispensable, pour qu'ils puissent être réalisés dans de bonnes conditions, que le questionnaire soit correctement rempli. Des indications incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen inutile, de mauvaise qualité, ou être cause d'accidents et engagent votre responsabilité.***

En cas de réponse positive à l'une des questions, contactez-nous au 02.33.06.30.30
IL EST IMPERATIF DE COCHER TOUTES LES CASES

OUI	NON	
☐	☐	Madame, êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?
☐	☐	**Êtes-vous insuffisant rénal ?**
☐	☐	**Etes-vous ou avez-vous été travailleur des métaux même occasionnel (bricolage : meulage de métaux sans protection du visage)** Si oui, une radio du crâne sera programmée avant l'examen.
☐	☐	**Avez-vous un corps étranger dans l'œil** ?
☐	☐	Êtes-vous porteur (se) de lentilles de contact ?
☐	☐	Êtes-vous **claustrophobe** (peur dans un ascenseur, dans un endroit confiné) ? Si oui, votre médecin traitant pourra vous prescrire une prémédication si nécessaire.
☐	☐	Avez-vous fait une réaction allergique au produit de contraste lors d'une précédente IRM ?

ETES-VOUS PORTEUR D'UN DES MATERIELS SUIVANTS? (Qui peut gêner l'examen ou le contre indiquer) :

OUI	NON	
☐	☐	Pacemaker (pile cardiaque), (**fournir CR[1] opératoire ou la carte du matériel**)
☐	☐	Défibrillateur implantable (**fournir CR opératoire ou la carte du matériel**)
☐	☐	Stent, si oui date de pose : ……..
☐	☐	Holter implantable, veuillez indiquer la référence ……
☐	☐	Clips neurochirurgicaux, préciser le type et la référence (**fournir CR opératoire)**
☐	☐	Valve cardiaque, préciser type, référence (**fournir CR opératoire)** : .....……
☐	☐	Valve de dérivation ventriculaire, préciser type, référence (**fournir CR opératoire**)
☐	☐	Neurostimulateur, (**fournir CR opératoire ou la carte du matériel**)
☐	☐	Matériel d'orthodontie (pour les adolescents ou adultes : barre de maintien et appareil complet pour redresser les dents)
☐	☐	Eclats d'obus, balles
☐	☐	Pompe électronique à médicaments **(insuline ou autre)**
☐	☐	Capteur de glycémie **(date de la prochaine dépose)** : …….....
☐	☐	Porteur d'un bracelet électronique
☐	☐	Avez-vous subi une intervention chirurgicale récemment ? Si oui préciser la date d'intervention : ……

LE JOUR DE L'EXAMEN :

- **Votre examen est susceptible d'être interprété par un radiologue à distance (téléimagerie), y consentez-vous ? ☐OUI ☐NON**
- **Veuillez vous présenter avec votre dossier, et les examens en lien avec votre maladie qui ont été réalisés dans un autre établissement.**
- **Pas de maquillage des yeux ou des cils, pas de pince ni d'épingle à cheveux, ni de laque. Pas de patch. RETIRER TOUS LES BIJOUX AVANT VOTRE EXAMEN**

Demande rédigée le : Signature

[1] CR : Compte Rendu