



PRESCRIPTION D'EXAMEN IRM

Aucun rendez-vous ne sera donné par téléphone. Il est impératif de nous faire parvenir ce formulaire dûment complété.
Le rendez-vous sera communiqué au patient par courrier.

ATTENTION : Certaines contre-indications interdiront tout rendez-vous.
Toute demande incomplète sera rejetée occasionnant un retard de prise de rendez-vous

PACEMAKER OUI Sondes compatibles oui non Dispositifs compatibles oui non
Préciser les références de ces dispositifs (obligatoire pour la réalisation de l'IRM sous peine de rejet de la demande)
Prévoir obligatoirement une consultation en cardiologie avant et après l'examen, si pace maker compatible

Patient : valide fauteuil lit **Poids** _____ **Taille** _____
 Patient hospitalisé Patient en HDJ Consultant externe
N° chambre _____ HDJ prévue le __/__/__

Fonction rénale : clearance
A remplir impérativement
.....ml / min

NOM DU PATIENT : _____
PRENOM : _____ né(e) le _____
Adresse complète : _____
Tel : _____

Patient hospitalisé :
Apposer une étiquette

Service prescripteur

CONTRE-INDICATIONS	NON	OUI	Date pose	Ref	Organe à explorer
Valve cardiaque					
Corps métalliques intra orbitaires Travailleurs des métaux : Eclats métalliques dans le corps			Si oui, radiographie des orbites avant IRM		
Filtres cave					
Prothèses auditives (implants magnétiques)					Indication de la demande
Valve de dérivation LCR					
Pompe électrique implantable					
Neurostimulateur Si stimulateur, prévoir un rendez-vous, avant et après IRM , dans un service de neuro-chirurgie afin de vérifier le bon fonctionnement de l'appareil.					Hypothèses diagnostiques
Renseignements complémentaires	Non	Oui			
Matériel d'orthodontie					
Insuffisance rénale					
Patiente enceinte ou allaitante					
Allergie					
Médecin prescripteur de ville: _____ Adresse complète : _____ _____					

Date : _____
Nom du médecin prescripteur : _____
Signature : _____



Veillez à ce que votre patient apporte le jour du rendez-vous tous ses examens antérieurs