



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