

**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 ou par mail.

**ATTENTION, certaines contre-indications ne pourront donner lieu à un rendez-vous.**

<b>PACEMAKER</b>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>I.R.M sous CONDITIONS</b> (Joindre références ou TEL au 05 53 45 26 52)
	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Vous pouvez continuer la prescription

SERVICE  
TAMPON UF

Patient :  Valide  Fauteuil  Lit Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ cm  
 Intubé/ventilé  Grossesse, SA = \_\_\_\_ .  HOSPITALISE  
 EXTERNE

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_  
 -  
 PRENOM(S) : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_  
 -  
 Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_

Patient hospitalisé : apposer une étiquette

Patient hospitalisé : apposer une étiquette

CONTRE INDICATIONS	NON	OUI	Date pose	Réf.
			JOINDRE PHOTOCOPIE CARTE DMI	
Corps métallique intra-orbitaire			Si OUI, radio orbites avant I.R.M	
Éclats métalliques dans le corps				
Prothèses auditives (1)				
Stent(s) Vasculaire(s) (1)				
<b>PACEMAKER (1)</b>				
Valve cardiaques (1)		Biologique Mécanique	Si OUI, envoyez photocopie des références au secrétariat I.R.M (poste 2652) ou tel au 05 53 45 26 52	
Filtres caves (1)				
Valve de dérivation LCR (1)				
Pompe électrique implantable (1)				
Neurostimulateur (1)				
Autre :				

Organe à explorer

Indication de la demande

(1) Vérification de compatibilité IRM par le service d'Imagerie par Résonance **OBLIGATOIRE** avant programmation. **Veillez remettre une photocopie de la carte de porteur de DMI au secrétariat. PAS de rendez-vous sans vérification**

Clairance = \_\_\_\_\_ mL/min

Renseignements complémentaires	NON	OUI
Matériel d'orthodontie		
Insuffisance rénale		
Patiente enceinte ou allaitante		
Claustrophobie		
Allergie		


Date : \_\_\_\_\_  
 NOM et signature/tampon du médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

DECT / tel : \_\_\_\_\_

Diagnostic recherché

ZONE RADIOLOGUE  
 Nom du protocole : \_\_\_\_\_ 1,5 T  3 T

IV-  IV+  U  SU  NU

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

Des informations incomplètes ou erronées peuvent entraîner des risques pour le patient, engager la responsabilité du prescripteur et augmenter le délai de rendez-vous

Zone réservée au secrétariat I.R.M

Rendez-vous programmé : Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ 1,5 T  3 T