

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.

| | | |
|------------------|-------------------------------------|---|
| PACEMAKER | OUI <input type="checkbox"/> | I.R.M sous CONDITIONS (Joindre références ou TEL au 05 53 45 26 52) |
| | NON <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) | | | | |
| PACEMAKER (1) | | | | |
| 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