|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 23, avenue Louis Pasteur  BP 30248 67606 SELESTAT CEDEX  FINESS : 67 000 039 7  **Secrétariat IRM** :  🕾03.88.57.72.86 /🖷 03.88.57.72.90  secretariat.irm@ghso.fr | RDV prévu le :  Nom du radiologue : |
| IMAGERIE MEDICALE – SERVICE IRM 🕾7286 | | |

***Pour permettre une prise en charge rapide de votre demande merci de bien compléter ce document (recto verso)***

**RENSEIGNEMENT MEDICAUX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORGANE A EXPLORER :** | **Pathologie recherchée :** | | **Case réservée au radiologue  🖵 à injecter**  Produit souhaité :………………………………  **PROTOCOLE – séquences à réaliser :**  **Signature du radiologue :** |
| **RESUME CLINIQUE, BIOLOGIQUE, RADIOLOGIQUE, SCANOGRAPHIQUE :**  *.*  **Date du dernier scanner ou IRM injecté(e) :** | | | |
| Médecin prescripteur /signature : | | Téléphone ou numéro de poste / **service** | |
| 🖵 IRM urgente - motif :………………………………………………. ….. – Délai : ………………  🖵 A réaliser en cours d’hospitalisation – délai souhaité : ……………………………………………  -Intérêt pendant l’hospitalisation en cours OBLIGATOIRE :…………………………….……………….  -Date de sortie prévue : ………………… / RDV avec un spécialiste prévu le : ................................  🖵 à programmer en externe – Délai souhaité : 🖵 dans les 15 jours 🖵 Dans le mois  Examen IRM à prendre en compte au titre de : 🖵 **ALD** 🖵 **AT** 🖵 autres : ……………………………….. | | | |

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Coller ici l’étiquette d’hospitalisé :*  **NOM :**  **Nom/jeune fille :**  **PRENOM :**  **Date de naissance :**  **Age :** | **Adresse complète :**  **Téléphone :**  **Portable :**  **🕿 travail :**  **Adresse mail :**  **--------------------------------------------------------**  *- Case réservée à l’IRM ne pas remplir -*  **Demande réceptionnée le** : | **POIDS du patient : kg-**  **TAILLE :**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Case réservée à la secrétaire d’IRM :**  Courrier envoyé le :  Produit prescrit  🖵 oui 🖵 non  Ordo. prise de sang faite : 🖵 oui 🖵 non  OBS :  🕾 (pas de réponse) le  Dates proposées /refusées :  **Examen dictée le** :  **CR tapé le**  **Demande validée le :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTS DU PATIENT**   |  |  | | --- | --- | | ►Stimulateur cardiaque : 🖵oui 🖵 non  (ou défibrillateur implanté) | ►Valve cardiaque : 🖵oui 🖵 non  Type et référence : …………………………………….. | | ►Opération récente :   🖵 oui 🖵 non  Date/description : | ►Stent : 🖵oui 🖵 non  Date et référence : …………………………………….. | | ►Clips intracérébraux : 🖵oui 🖵 non  Type et référence : ……………………………………….  Date : ………………………………………………………. | ►Implants : 🖵oui 🖵 non  Date, référence : ………………………………………..  Localisation :……………………………………………. | | ►Pompe à insuline implantée : 🖵oui 🖵 non | ►Prothèse auditive, oculaire : 🖵oui 🖵 non | | ►Corps étrangers : 🖵 oui non  Localisation :…………………………………………………  ►Eclats métalliques (oculaires, autre) 🖵oui 🖵non  Localisation : ………………………………………………..  ►Profession dans la métallurgie, ferronnerie, soudure, chaudronnerie, etc : 🖵oui 🖵 non | ►Prothèse dentaire : 🖵oui 🖵 non  ►Autres prothèses (articulaires, autre) 🖵oui 🖵 non Localisation : …………………………………………….  Date : ……………………………………………………. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAT DU PATIENT**  ►Valide 🖵 Chaise 🖵 Brancard 🖵   |  |  | | --- | --- | | ►Conscient 🖵 oui 🖵 non | ►Grossesse : 🖵oui 🖵 non | | ►Nécessité de surveillance 🖵oui 🖵non | Si oui précisez la date du terme :………………. | | ►Claustrophobie : 🖵oui 🖵 non | ►Asthme : 🖵oui 🖵 non | | ►Insuffisance rénale 🖵oui 🖵 non  Taux de créatinine : …………………………………………  Clairance :…………………………………………………….  Date du bilan :……………………………………………….. | ►Allergie connue 🖵oui 🖵 non  Nature/type : ……………………………………….  Prémédication : …………………….…………….. | | ►Isolement : 🖵oui 🖵non  Type : ………………………………………………………... |  | |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL**  Je, soussigné(e) …………………………..………….., père, mère, tuteur, représentant de l’autorité parentale de  …………………………………………………… autorise le médecin du service à pratiquer un examen IRM, avec si nécessaire l’injection d’un produit de contraste.  Fait à………………………………, le………………………….. Signature : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **EXECUTION DE L’EXAMEN** | - **cadre réservé à l’unité d’IRM** | Absence de contre-indication  Validée par : |   Nom du manipulateur :  Incidents, actions menées :  Transmissions faites au service : |