|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 23, avenue Louis PasteurBP 30248 67606 SELESTAT CEDEXFINESS : 67 000 039 7**Secrétariat IRM** :🕾03.88.57.72.86 /🖷 03.88.57.72.90secretariat.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 moisExamen 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 🖵 nonOrdo. prise de sang faite : 🖵 oui 🖵 nonOBS : 🕾 (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 🖵 nonType et référence : …………………………………….. |
| ►Opération récente :   🖵 oui 🖵 nonDate/description : | ►Stent : 🖵oui 🖵 nonDate et référence : …………………………………….. |
| ►Clips intracérébraux : 🖵oui 🖵 nonType et référence : ……………………………………….Date : ………………………………………………………. | ►Implants : 🖵oui 🖵 nonDate, référence : ………………………………………..Localisation :……………………………………………. |
| ►Pompe à insuline implantée : 🖵oui 🖵 non | ►Prothèse auditive, oculaire : 🖵oui 🖵 non |
| ►Corps étrangers : 🖵 oui non Localisation :…………………………………………………►Eclats métalliques (oculaires, autre) 🖵oui 🖵nonLocalisation : ………………………………………………..►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 🖵 nonNature/type : ……………………………………….Prémédication : …………………….…………….. |
| ►Isolement : 🖵oui 🖵nonType : ………………………………………………………... |  |

 |

|  |
| --- |
| **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-indicationValidée par : |

Nom du manipulateur :Incidents, actions menées :Transmissions faites au service : |