

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 <input type="checkbox"/> à injecter Produit souhaité : PROCOLE – 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ordo. prise de sang faite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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)

▶ Opération récente : oui non
Date/description :

▶ Clips intracérébraux : oui non
Type et référence :

Date :

▶ Pompe à insuline implantée : oui non

▶ Corps étrangers : oui non

Localisation :

▶ Eclats métalliques (oculaires, autre) oui non

Localisation :

▶ Profession dans la métallurgie, ferronnerie, soudure,
chaudronnerie, etc : oui non

▶ Valve cardiaque : oui non
Type et référence :

▶ Stent : oui non
Date et référence :

▶ Implants : oui non
Date, référence :

Localisation :

▶ Prothèse auditive, oculaire : oui non

▶ Prothèse dentaire : oui non

▶ Autres prothèses (articulaires, autre) oui non

Localisation :

Date :

ETAT DU PATIENT

▶ Valide Chaise Brancard

▶ Conscient oui non

▶ Nécessité de surveillance oui non

▶ Claustrophobie : oui non

▶ Insuffisance rénale oui non

Taux de créatinine :

Clairance :

Date du bilan :

▶ Isolement : oui non

Type :

▶ Grossesse : oui non

Si oui précisez la date du terme :

▶ Asthme : oui non

▶ Allergie connue oui non

Nature/type :

Prémédication :

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 :