

DEMANDE D'IRM

Questionnaire et préparations au verso

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Sexe : F M

Poids :

Taille :

Grossesse NON OUI

Matériel ou implant NON OUI

Allergies NON OUI, lesquelles.....

Claustrophobie NON OUI

Antidiabétiques NON OUI, lesquels.....

Créatinine :

Copie du rapport à :

EXAMEN ET MOTIF DE LA DEMANDE :

EXAMEN :

Rendez-vous confirmé pour le :

Date :

Heure :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

QUESTIONS POSEES AU RADIOLOGUE :

Images : TM Publisher *

CD au patient

En cas d'urgence, résultats : par téléphone

par fax

*Lien TM Publisher en bas du rapport

NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :
(TAMPON + SIGNATURE)

DATE DE LA DEMANDE :

Préparation

Claustrophobie : prévoir un accompagnant dans l'éventualité de l'administration d'un relaxant

Seins : entre le 5e et le 12e jour du cycle

Abdomen supérieur : à jeun 4h avant l'examen

Entéro-IRM : Prendre contact avec le secrétariat de radiologie

| Merci de répondre attentivement au questionnaire | |
|--|---|
| Avez-vous un pacemaker (pile cardiaque) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous un neuro-stimulateur ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous un implant cochléaire ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous un défibrillateur implanté ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs des questions ci-dessus, merci de le signaler au personnel médical car l'examen ne pourra pas être pratiqué chez nous.

| | |
|--|---|
| Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être, ou allaitez-vous ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous été opéré du cœur pour une valve cardiaque ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous subi une opération du cerveau ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques, même il y a longtemps, notamment près des yeux (éclats métalliques, balles, éclats d'obus...) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Portez-vous un patch transdermique (par exemple : nicotine, hormonal) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous un appareillage ou une prothèse quelconque (pompe à insuline, appareil acoustique, dentaire, électrodes, dérivation) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous eu une intervention chirurgicale dans les 2 dernières semaines ? Si oui, laquelle ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Etes-vous claustrophobe ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Votre poids : Date : Signature :

Si vous êtes porteur d'un implant, n'oubliez pas de prendre votre carte d'implantation avec vous le jour de l'examen. Merci.