

## 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.**