



I.M.R.O

DEMANDE D'EXAMEN IRM DOCUMENT A PRESENTER LE JOUR DE L'EXAMEN	NOM DU PATIENT	Né(e) le :	
	PRENOM DU PATIENT	Taille :	
	Adresse	Poids :	
	Tél Domicile :	Tél Portable :	
Date de prescription :	Patient valide:	oui	non
	Patient hospitalisé :	oui	non
Médecin prescripteur		ORGANE A EXPLORER	
Docteur			
Adresse			
Tél			
Contexte clinique et Hypothèses diagnostiques :			
ATTENTION CONTRE INDICATIONS ABSOLUES A L'EXAMEN		SITUATIONS PARTICULIERES	
Pace maker ou Défibrillateur cardiaque	OUI NON	Insuffisance rénale	OUI NON
<i>Si oui, prévoir consultation avec le cardiologue 1h avant examen et après l'IRM (formulaire de suivi obligatoirement rempli)</i>		<i>Si Oui Créatinine :</i>	
Eclat métallique intra-orbitaire	OUI NON	<i>Clairance</i>	
<i>Si OUI ou en cas de doute faire pratiquer une radiographie du crâne face et profil.</i>		Intubation	OUI NON
Clip vasculaire cérébral	OUI NON	Grossesse en cours	OUI NON
valve cardiaque métallique	OUI NON	<i>Si Oui préciser le terme</i>	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Absence de règles / désir de grossesse	OUI NON
Implant cochléaire	OUI NON	<i>Si oui, prescrire β-HCG, résultats à apporter le jour de l'examen</i>	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Ménopause	OUI NON
Implant oculaire	OUI NON	<i>Si Non : Date des dernières règles :</i>	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Allergies	
Implant pénien	OUI NON	lors d'une précédente IRM	OUI NON
<i>Si oui Préciser le type :</i>		lors d'un autre examen radiologique	OUI NON
Filtre cave	OUI NON	Autre :	
Neuro stimulateur	OUI NON	Claustrophobie	OUI NON
		Valve de dérivation du LCR	OUI NON
Capteur Glycémique	OUI NON	<i>Si oui, prévoir consultation neurologique dans les 3 heures maxi qui suivront l'IRM</i>	
<i>Si oui faire l'IRM entre deux poses de capteur.</i>		Eclats métalliques	OUI NON
		Prothèses auditives	OUI NON
		Prothèses dentaires	OUI NON
		Matériel d'ostéosynthèse	OUI NON
<u>EXAMENS RADIOLOGIQUES RECENTS A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT</u> <u>(RADIOGRAPHIE/ECHOGRAPHIE/SCANNER/IRM)</u>			