

DEMANDE D'EXAMEN DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

DEGRÉ D'URGENCE : COURT TERME MOYEN TERME

SITE : DORCAS IMC NOTRE-DAME UNION CONSULTATIONS DE PÉRUWELZ

NUMÉRO DE CHAMBRE :

PATIENT : VALIDE NON VALIDE

IDENTIFICATION DU PATIENT

(remplir ou coller une vignette)

Prénom(s) :

Nom :

Date de naissance : / /

(jour/mois/année)

Sexe : masculin féminin

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES

EXPLICATION DE LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES PERTINENTES

Allergie Diabète Grossesse Implant Insuffisance rénale

Autre(s) :

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

- Clips vasculaires ferromagnétiques intracérébraux
- Implants cochléaires
- Pacemaker cardiaque non compatible IRM
- Fragments métalliques mobilisables, en particulier intra-oculaires
- Prothèses valvulaires cardiaques non compatibles IRM

EXAMEN(S) PERTINENT(S) PRÉCÉDENT(S) RELATIF(S) À LA DEMANDE DE DIAGNOSTIC

CT RMN RX US Inconnu Autre(s) :

Je soussigné(e),, certifie qu'aucune contre-indication ne s'oppose à l'examen de mon patient par IRM.

Date : / /

Cachet du médecin prescripteur :

Signature :

Copie à :

FORMULAIRE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Afin de vérifier l'absence de contre-indications à l'examen qui va être réalisé, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes et de remettre ce questionnaire à l'infirmier qui vous accueille.

Certains implants, appareils ou autres objets peuvent poser problème dans la salle de résonance.
Au moindre doute, signalez-le au personnel médical avant d'entrer en salle.

	OUI	NON
Avez-vous déjà passé un examen par résonance magnétique ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, où ? Quand ?		
Région examinée :		
Un problème est-il survenu au cours d'une résonance (ex : allergie au produit de contraste) ? --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ?		
Avez-vous été opéré du cœur ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, en quelle année ?		
Etes-vous porteur d'un pacemaker cardiaque (pile au cœur) ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré du cerveau ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, êtes-vous porteur de clips métalliques ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un drain cérébral réglable ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré de la colonne ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un stimulateur à ce niveau ou ailleurs ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un corps étranger (métal ou autre) dans l'œil ou une blessure oculaire ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré des yeux (ex : prothèse oculaire) ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'une prothèse auditive et/ou un implant cochléaire ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une possibilité que vous soyez en tout début de grossesse ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous ménopausée ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une opération ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière intervention :		
Etes-vous porteur d'un objet métallique interne ou d'un fragment de métal (éclat d'obus, de balle p. ex.) ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de reins ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous :		
○ un clip anévrysmal ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un défibrillateur ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un appareil ou autre implant électronique ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ des électrodes ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ une pompe interne pour insuline ou autre ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ une prothèse (de membre, pénienne ou mammaire) ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un stent, un filtre cave ou des coils ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un patch (nitroglycérine ou autre) ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un tatouage ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un piercing ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ un appareil dentaire ou une bague d'orthodontie ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous vous remercions de votre collaboration.

Date : / / **Signature :**