



# Prescription I.R.M.

CODE : UP1364 / NDV-ENR-001

Révision : 1

Page 1 sur 2

Demande faxée Pour toutes prescriptions faxées, l'original doit absolument accompagner le patient lors de la réalisation de l'acte d'imagerie  
**Tél : 0262 35 99 21 - Fax : 0262 71 98 37**

*Examen planifié pour le : ..... à ..... h....*

<p><i>Etiquette patient</i></p> <p><i>L'absence d'étiquette implique que les 2 champs ci-contre soient remplis.</i> →</p>	<p><b>PATIENT :</b>                  Nom : .....                  Prénom : .....                  Nom de jeune fille : ..... DN : ...../...../.....                  N° permanent(NIP): ..... N° admission : .....                  Adresse : .....                  .....                  ..... Tél : .....                  Profession : ..... Poids : .....</p>
SERVICE : ..... SECTEUR : .....	
UF : ..... : .....	
Date de la demande : .....	
<p><b>MODE DE TRANSPORT :</b>    <input type="checkbox"/> Valide    <input type="checkbox"/> Fauteuil    <input type="checkbox"/> Brancard    <input type="checkbox"/> Accompagnant</p>	
<p><b>ISOLEMENT :</b>                    <input type="checkbox"/> Contact    <input type="checkbox"/> Air            <input type="checkbox"/> Gouttelette    <input type="checkbox"/> Protecteur</p>	
<p><b>ETAT DU PATIENT :</b>            <input type="checkbox"/> Agitation    <input type="checkbox"/> Coma        <input type="checkbox"/> O2</p>	

Médecin prescripteur : ..... Spécialité : ..... Tél : .....

Etablissement : ..... Service : ..... Fax : .....

<input type="checkbox"/> Hospitalisé	<input type="checkbox"/> Urgence (<48h)	<input type="checkbox"/> Dans les 10 jours
<input type="checkbox"/> Examen après sortie hôpital		<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Externe		
Pour les urgences (<48h), contacter le radiologue de garde Neuroradiologie : 5955 Radiologie Générale : 5858		

**Région anatomique à explorer :**

- |   |                                   |                                       |                                    |  |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <b>Tête</b>                               | <b>Rachis</b>                     | <b>App. locomoteur</b>                | <b>Viscéral</b>                    | <b>Angio-IRM</b>   |
| <input type="checkbox"/> Encéphale        | <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Epaule(s)    | <input type="checkbox"/> Thorax    | <input type="checkbox"/> Préciser la région à examiner : |
| <input type="checkbox"/> Hypophyse        | <input type="checkbox"/> Dorsal   | <input type="checkbox"/> Genou(x)     | <input type="checkbox"/> Cœur      | .....  |
| <input type="checkbox"/> Oreilles/rochers | <input type="checkbox"/> Lombaire | <input type="checkbox"/> Hanche(s)    | <input type="checkbox"/> Abdomen   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Massif facial    | <input type="checkbox"/> Sacré    | <input type="checkbox"/> Extrémité(s) | <input type="checkbox"/> Pelvis    | .....  |
| <input type="checkbox"/> ATM              |                                   | <input type="checkbox"/> Membre(s)    | <input type="checkbox"/> Hépatique | <input type="checkbox"/> Autre                           |
| <input type="checkbox"/> Orbite           |                                   |                                       |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Cou              |                                   |                                       |                                    |  |

**Antécédents chirurgicaux :**

- Intervention chirurgicale : ..... Préciser la date si récent : .....  
 Nature de l'intervention : .....
- Prothèse métallique : ..... Siège : .....
- Clip chirurgical : ..... Préciser la nature si possible : .....
- Le patient a t'il reçu des éclats métalliques ? ..... Notamment oculaire : .....  
 Autre topographie : .....



# Prescription I.R.M.

CODE : UP1384 / RDV-EMR-001

Révision : 1

Page 2 sur 2

### Antécédents médicaux :

**N.B. :** Les contre-indications absolues de l'IRM sont : implants, pacemaker, pompe à insuline, clips ferromagnétiques intra-crâniens, corps étrangers métallique intra-orbitaire, claustrophobie.

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Le patient a-t-il une ALLERGIE ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient est-il porteur d'un PACEMAKER ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient est-il porteur d'une POMPE A INSULINE ?                                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient est-il porteur d'une PROTHESE AUDITIVE ?                                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient souffre t-il de CLAUSTROPHOBIE ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient est-il sous HEMODIALYSE ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient souffre t-il d'une insuffisance cardiaque sévère ?                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient souffre t-il d'une respiratoire sévère ?                                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient souffre-t-il d'une insuffisance hépatique sévère ?                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le patient souffre t-il d'une maladie contagieuse évolutive ?                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Grossesse en cours ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si patient > 65 ans ou diabétique ou insuffisant rénal connu (créatinémie < à 3 mois) |                              |                              |

Créatinémie : .....

Date : .....

### RESUME CLINIQUE :

### Examens radiologiques déjà réalisés :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> radiographie standard | <input type="checkbox"/> scanner  | <input type="checkbox"/> scintigraphie |
| <input type="checkbox"/> échographie           | <input type="checkbox"/> myélographie, arthrographie, autres examens contrastés ... | <input type="checkbox"/> IRM ailleurs  |
|  |   | <input type="checkbox"/> IRM St Pierre |

### Pathologie suspectée :

Cachet du médecin :

Signature :

Cause du refus : .....

Signature du radiologue :