



# DEMANDE D'EXAMEN IRM

Date d'application  
14/12/2020

IRM de St Amand Montrond- Centre Hospitalier  
44 Avenue Jean Jaures  
BP 180  
18206 Saint AMAND MONTROND CEDEX

TEL :02.48.63.25.65  
Fax :02.48.63.25.64  
Mail : secretradio@ch-stamand.fr

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT

Poids :	OUI	NON
Coopération du patient : Difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prévoir un bilan de la fonction rénale en cas d'injection de produit de contraste :</b>		
Clairance de créatinine (COCKROFT et GAULT-MDRD)	<input type="text"/>	
Travailleur des métaux : Professionnel ou occasionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui RX des orbites obligatoire</b>		
<b>Le maquillage des paupières et le gel dans les cheveux sont contre-indiqués</b>		
<b>Prévoir une prémédication sédatrice en cas d'anxiété ou de douleurs</b>		
<b>Abdomen, BiliIRM, EntéroIRM : à jeun</b>		
<b>Pelvis : à jeun et vessie pleine</b>		
<b>CONTRE-INDICATION ABSOLUE</b>		
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clip vasculaire ferromagnétique intra-cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps étranger métallique intra-orbitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONTRE-INDICATION RELATIVES</b>		
Claustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clip vasculaire (type et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoprothèse coronaire (type et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filtre cave (type et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant cochléaire ou occulaire (type et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valve cardiaque (type et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valve de dérivation ventriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline, Pompe à chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel d'ostéosynthèse (type et niveau) ou autre élément métallique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutures à agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutures à files métalliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastilles de chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eclats d'obus, balles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositif transdermique contenant un feuillet métallique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom Prénom :	
Date de naissance :	
Tél :	
Adresse :	
Adresse mail :	
Médecin traitant :	Date de la demande : .../.../...
Unité de soins :	Date d'examen souhaitée :
Numéro de poste :	<input type="checkbox"/> Si possible avant le .../.../...
Médecin prescripteur :	<input type="checkbox"/> Durant une hospitalisation prévue le .../.../...
Signature :	<input type="checkbox"/> Pas de contrainte particulière
Mobilité du patient :	<input type="checkbox"/> En externe
Valide : <input type="checkbox"/>	
Lit/Brancard : <input type="checkbox"/>	
Fauteuil : <input type="checkbox"/>	
<b>REGION à EXPLORER</b>	
<b>PROBLEME CLINIQUE</b>	

*Etiquette patient*

Les informations manquantes ou erronées peuvent entrainer des risques pour le patient, engager la responsabilité du médecin demandeur.

Le consentement éclairé du patient est considéré comme acquis dès lors que ce bon de demande est rempli.

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE POURRA ETRE SATISFAITE ET SERA RETOURNEE AU DEMANDEUR.**