

**Cadre réservé au service d'imagerie :**

Rendez-vous programmé le : ----- à ----- heures.

Demande reçue par  
le service d'imagerie

le : -----

**CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES**  
**Imagerie Médicale**  
**Pôle Génie Médical**

Secrétariat: ☎ 04.66.78.32.60 – Fax : 04.66.78.33.87

DEMANDE D'EXAMEN **I.R.M.**

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS PRISE EN COMPTE**

Cadre à remplir par **le service demandeur** si  
**PATIENT HOSPITALISE :**

Service demandeur : -----

Date de la demande : -----

Médecin demandeur + signature :

-----

Coller l'étiquette  
du patient

Poids du patient : -----Kg

Taille du patient : -----cm

Cadre à remplir par **le patient** venant  
**EN EXTERNE** ou par son **médecin traitant :**

Votre nom : -----

Prénom : -----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

-----

-----

Tél : -----

Médecin demandeur : -----

Poids du patient : -----Kg

Taille du patient : -----cm

*Pour les enfants mineurs, s'assurer que l'autorisation de soin a été signée par les parents .*

**REGION ANATOMIQUE A EXPLORER**

-----  
-----  
-----

**SYMPTOMES CLINIQUES :**

-----  
-----  
-----

**RESULTATS DES AUTRES EXAMENS RADIOLOGIQUES ET PARA-CLINIQUES :**

-----  
-----  
-----

*Joindre tous les documents concernant la région à explorer le jour de l'examen.*

**MERCI DE COMPLETER LE QUESTIONNAIRE AU VERSO**

**TRAITEMENTS EN COURS :**

-----  
-----  
-----

Risque infectieux ?     OUI                       NON

**Contre indications :** Les matériels suivants peuvent gêner la réalisation de l'examen.  
Certains d'entre eux peuvent présenter un risque pour le patients.

	OUI	NON
Stimulateur cardiaque (pacemaker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clips chirurgicaux, sutures métalliques, agrafes (Date de l'intervention.....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valve cardiaque, matériel endovasculaire (tent) (Date de l'intervention.....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prothèse articulaire, pompe à insuline, neurostimulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matériel d'ostéosynthèse (date intervention.....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prothèse ou Implants auditifs (Date de l'intervention.....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailleur des métaux    ① (fraise, meulage, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corps étranger oculaire, éclats d'obus, balles①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matériel de réanimation (seringue électrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grossesse en cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

①: **RADIOGRAPHIE DES ORBITES OBLIGATOIRE** réalisée le : -----

**FICHE D'INFORMATION OBLIGATOIRE** remise au patient le : -----

**COOPERATION PREVISIBLE :**     Valide                       Fauteuil                       Brancard  
 Si claustrophobie (*prescrire un anxiolytique la veille au soir et le matin de l'examen*)

**ANTECEDENTS ALLERGIQUES :**  OUI                       NON

Si OUI, quel type d'allergie ?.....

Asthme :     OUI                       NON

Quel est le médicament, l'aliment ou le produit qui déclenche les crises l'allergie ?.....

<p><b>Pour le service d'imagerie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- durée prévisible de l'examen :</li><li>- injection de produit de contraste prévue :                      <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON</li><li>- séquences utilisées :</li></ul>
--