

ENREGISTREMENT	CODE :	EQ-AA0268	DATE APPLICATION :	16/03/2023
	STATUT DU DOCUMENT :	Approuvé	A REEVALUER LE :	16/03/2028
	VERSION :	4	Page 1 sur 2	

## DEMANDE D'IRM

Centre Hospitalier – Imagerie Médicale  
4 rue du Docteur Michel Binet  
79350 Faye l'Abbesse

[imagerie.medicale@chnds.fr](mailto:imagerie.medicale@chnds.fr) - 05.49.68.29.69



LA VERSION ELECTRONIQUE DE CE DOCUMENT EST À CONSULTER EN PRIORITÉ

### Date de la demande :

*Tous champs non complétés invalideront la demande*

Nom :	Prénom :		
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Poids :      kg	Taille :      m
Mail :			
Téléphone :			
Adresse :			

<u>Mode de transport :</u> <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Lit/Brancard	<u>Grossesse :</u> <input type="checkbox"/> Oui, date : <input type="checkbox"/> Non βHCG : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<u>Suspicion de maladie infectieuse :</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :
Particularité à signaler :		

### Histoire clinique :

### Rapporter la dernière IRM pour comparaison :

#### Examen demandé :

<input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> CAI <input type="checkbox"/> Rachis cervical <input type="checkbox"/> Rachis lombaire <input type="checkbox"/> Rachis/Moelle à préciser :	<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> Bili IRM <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Hépatique <input type="checkbox"/> Entéro IRM <input type="checkbox"/> Hémochromatose <input type="checkbox"/> Abdominale à préciser :  <input type="checkbox"/> Pelvienne à préciser :	<input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> Hanche    ou <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Articulaire à préciser :
<input type="checkbox"/> Autres à préciser :		
Avec injection : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    Pathologie rénale connue, HTA traitée, diabète : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

### Finalité de l'examen (question(s) posée(s)) :

*Tous champs non complétés invalideront la demande*

Nom et signature

TSVP


<b>Rédaction par :</b> NOIRAUD Angélique - Manipulatrice radio MAUPOINT Thierry - Manipulateur radio	<b>Vérification de la forme (service qualité)</b> Service Qualité	<b>Validation par les experts métier :</b> TEXIER Bertrand – CSS Pôle médico-technique BOUILLARD Stéphane – FF CS imagerie médicale	<b>Approbation par :</b> ABDOU Fouad - Chef de service imagerie médicale
--	--	---	---

## DEMANDE D'IRM

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F



## CONTRE INDICATIONS ABSOLUES

Pile cardiaque, défibrillateur cardiaque (Pace Maker, stimulateur cardiaque)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Avez-vous déjà soudé ou meulé ou fraisé des métaux sans protection oculaire même 1 seule fois dans votre vie?</i> <i>Si oui: Prévoir une radiographie des orbites.</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :
 Eclats métalliques intra orbitaires (résultat de la radiographie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Implant cochléaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Valve cardiaque métallique ancienne (avant 1980) dite valve de STARR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Neurostimulateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## CONTRE INDICATIONS RELATIVES

Valves cardiaques mécaniques, coils, stents, prothèse intravasculaire, filtre cave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Référence : Date :
Valves cérébrales de dérivations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Référence :
Chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :
Pompe médicale (morphine, insuline,...) capteur de glycémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prévoir de l'enlever
Matériel d'ostéosynthèse (plaques, broches, vis, ...) Appareil d'orthodontie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation : Date :
Eclats métalliques (balle de revolver, éclat de coin, éclats d'obus...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation :
Avez-vous 2 IRM programmées en moins de 7 jours d'intervalle avec injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	} Seulement si vous avez coché « Oui » à ses 2 questions : Merci de prendre contact avec le secrétariat d'imagerie médicale
Avez-vous une pathologie rénale connue (dialyse, chirurgie rénale, cancer, greffe, rein unique) ou HTA (hypertension artérielle) traitée ou diabète ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Claustrophobe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prémédication :
Antécédents chirurgicaux autres :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :

**Pour les valves cardiaques, coils, stents, prothèse intravasculaire, filtre cave, valves cérébrales :**  
 Merci de rapporter le compte rendu opératoire et/ou la référence (carte).

**Pour les pace maker ou défibrillateur cardiaque compatible à l'IRM :** se renseigner auprès de votre cardiologue pour pouvoir réaliser votre examen d'IRM dans un centre adapté.