

<b>ENREGISTREMENT</b>	CODE :	EQ-AA0268	DATE APPLICATION :	15/04/2021
	STATUT DU DOCUMENT :	Approuvé	A REEVALUER LE :	15/04/2026
	VERSION :	3	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*

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

<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> Non Oui
<b>Particularité à signaler :</b>		

### Histoire clinique :

  
  
  

**Rapporter la dernière IRM pour comparaison :**

Examen demandé :		
Cérébrale CAI Rachis cervical Rachis lombaire Rachis/Moelle à préciser  Autres 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"/> Hanche <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Articulaire à préciser : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> DROIT ou  <input type="checkbox"/> GAUCHE                 </div>
Avec injection : OUI   NON		Pathologie rénale connue, HTA traitée, diabète : OUI   NON

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

*Tous champs non complétés invalideront la demande*

Nom et signature

TSVP

Rédaction par :	Vérification de la forme (service qualité)	Validation par les experts métier :	Approbation par :
NOIRAUD Angélique - Manipulateur radio MAUPOINT Thierry - Manipulateur radio	Service Qualité	TEXIER Bertrand – CSS Pôle médico-tech. BOUILLARD Stéphane – FF CS imagerie médicale	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 ? Si oui: Prévoir une radiographie des orbites.</i>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
 Eclats métalliques intra orbitaires (résultat de la radiographie)	Oui	Non
Implant cochléaire	Oui	Non
Valve cardiaque métallique ancienne (avant 1980) dite valve de STARR	Oui	Non
Neurostimulateur	Oui	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	Oui	<input type="checkbox"/> Non	Référence :
Chambre implantable	Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
Pompe médicale (morphine, insuline,...), capteur de glycémie	Oui	Non	<i>Prévoir de l'enlever</i>
Matériel d'ostéosynthèse (plaques, broches, vis, ...) Appareil d'orthodontie	<input type="checkbox"/> Oui	Non	Localisation : Date :
Eclats métalliques (balle de revolver, éclat de coin, éclats d'obus...)	Oui	Non	Localisation :
<b>Avez-vous 2 IRM programmée en moins de 7 jours d'intervalle avec injection de produit de contraste?</b>	Oui	Non	Seulement si vous avez coché "oui" à ces 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 une HTA (hypertension artérielle) traitée ou un diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Claustrophobe	<input type="checkbox"/> Oui	Non	Prémédication :
Antécédents chirurgicaux autres :	Oui	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 pacemakers ou défibrillateur cardiaque compatible à l'IRM :** se renseigner auprès de votre cardiologue pour pouvoir réaliser votre examen d'IRM dans un centre adapté.

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