

ENREGISTREMENT	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 - 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"/> - Allaitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<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"/> 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"/> Pelvis féminin <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Rectum	<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 :
		<input type="checkbox"/> DROIT ou <input type="checkbox"/> GAUCHE
Avec injection : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Créatininémie : μmol/l Clairance : ml/min

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

Nom et signature

Tous champs non complétés invalideront la demande

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. BAUGET Cyril – 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
Avez-vous déjà soudé ou meulé des métaux ? Si oui: Prévoir une radiographie des orbites !!!	<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Référence : Date :
Prothèse intravasculaire, Filtre cave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Référence : Date :
Clips chirurgicaux (vasculaires, cérébraux,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :
Valves cérébrales de dérivations type SOPHY	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Référence :
Chambre implantable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :
Pompe médicale (morphine, insuline,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A 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 :
Implant du cristallin fixé sur aimant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tatouage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation :
Allergies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A quoi :
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 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. BAUGET Cyril – FF CS imagerie médicale	ABDOU Fouad - Chef de service imagerie médicale