

**UNITE D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE
DEMANDE D'EXAMEN**

Faxer la demande au :02.98.62.69.72

Exploration demandée :

Date de la demande :

Patient : (Etiquette patient)
Nom : **Externe**
Prénom : Adresse :
Date de naissance : ☎ :
Mail :

Poids :
valide fauteuil brancard **Hospitalisé**
Service :
Chambre :

Médecin prescripteur (Nom, Adresse, ☎) :

signature :

SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC EVOQUE :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

EXAMENS PREALABLES (IRM, TDM ...à joindre au dossier) :

CONTRE INDICATION :

	oui	non		oui	non
Pace Maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eclats métalliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulateur neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clips(chirurgicaux et vasculaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valve cardiaque (type et n°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pompe à insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps étranger intraorbitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matériel d'ostéosynthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur des métaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie réservée au service d'IRM :

Créneau : Protocole:
Délai :
Injection :