IRM DU CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

UNITE D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Tél : 02.98.62.61.07 Fax : 02.98.62.69.72

@ : secmedradio@ch-morlaix.fr

DEMANDE D'EXAMEN

Exploration demandée :

Date de la demande

Patient : (Etiquette patient)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Mail :

Poids :

valide ☐ fauteuil ☐ brancard ☐

Externe

Adresse :

☎ :

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
Pace Maker	☐	☐
Claustrophobie	☐	☐
Clips (chirurgicaux et vasculaires)	☐	☐
Implants	☐	☐
Corps étranger intra-orbitaire	☐	☐
Travailleur des métaux	☐	☐

	oui	non
Eclats métalliques	☐	☐
Stimulateur neurologique	☐	☐
Valve cardiaque (type et n°)	☐	☐
Pompe à insuline	☐	☐
Matériel d'ostéosynthèse	☐	☐
Grossesse	☐	☐

Partie réservée au service d'IRM :

Créneau :
Délai :
Injection :

Protocole :