Centre Hospitalier LANNION-TRESTEL	**CENTRE HOSPITALIER PIERRE LE DAMANY** BP70348 **22303 LANNION CEDEX**

DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE I.R.M

☎ Secrétariat **: 02.96.05.74.05** secrétariat : **02.96.05.72.01**

Etiquette patient
ou
Nom usuel :
Nom de naissance
Prénom :
Date de naissance : _ _ /_ _ /_ _ _ _

❑ **Patient hospitalisé :**

Service :

❑ **Patient externe :**

Adresse :

☎ **:**

Taille : _ _ _
Poids : _ _ _ kg

❑ à pied
❑ en fauteuil
❑ en lit
Le patient peut-il s'aider pour le transfert ? ❑ oui ❑ non
❑ Gale ou Clostridium
❑ Grossesse

Médecin prescripteur :

Nom : Adresse :

☎ : **Signature du prescripteur :**

Exploration demandée : **Date de la demande : _ _ / _ _ / _ _ _ _**

Antécédents médico-chirurgicaux :

Examens préalables (IRM, TDM, … à joindre au dossier si non réalisés sur le GHT) **:**

Signes cliniques et diagnostic évoqué :

FOURNIR IMPERATIVEMENT LES CARTES / REFERENCES SI MATERIEL IMPLANTE

. IRM précédente ❑ oui ❑ non , si oui date : … /… / …
. Opération chirurgicale (- de 3 mois) ❑ oui ❑ non
. Opération du cœur ❑ oui ❑ non
Stimulateur cardiaque, Pacemaker ❑ oui ❑ non
Valves ❑ oui ❑ non
. Matériel métallique, mécanique, électronique intracorporel ❑ oui ❑ non
❑ Neurostimulateur ❑Clips vasculaires ou chirurgicaux
❑ Pompe à insuline ❑ Prothèses
❑ Implant ❑ Matériel d'ostéosynthèse
. Corps étrangers métalliques intraoculaires (soudures, meulage…) ❑ oui ❑ non
. Grossesse / Allaitement ❑ oui ❑ non