

**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 : \_\_/\_\_/----

<input type="checkbox"/> <b>Patient hospitalisé :</b>  <b>Service :</b>  <input type="checkbox"/> <b>Patient externe :</b>  <b>Adresse :</b>  ☎ :	<b>Taille :</b> ___ <b>Poids :</b> ___ kg  <input type="checkbox"/> à pied <input type="checkbox"/> en fauteuil <input type="checkbox"/> en lit Le patient peut-il s'aider pour le transfert ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Gale ou Clostridium <input type="checkbox"/> 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 / REFERNCE 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