

DEMANDE D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE (IRM)

Ce document doit être rempli de façon lisible, complète et sans abréviation.

Identification du patient (remplir ou vignette de l'Organisme Assureur ou étiquette)

(Patient : les nom, prénom, date de naissance, sexe du patient sont obligatoires)

Par problématique clinique un formulaire de demande distinct est exigé

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic

Examen par IRM proposé :

côté droit

côté gauche

Ne s'applique pas

Recherche de contre-indications (A remplir impérativement par le prescripteur - En cas de oui à une réponse : Téléphone : 04/323.77.61-62)

Pacemaker / Prothèse valvulaire (Neuro-stimulateur) / Clips intracrâniens / Implant cochléaire ? oui non

Type :

Allergie connue au Gadolinium ? : oui non

Grossesse ou allaitement ? : oui non

Asthme ? : oui non

Chirurgie récente ? : oui non

Si oui : est-il stable ? oui non

Préciser :

Insuffisance rénale ? : oui non

Myasthénie oui non si oui pas d'injection de produit de contraste

Pour toutes les IRM cardiaques :

Description de la pathologie cardiaque

Electrocardiogramme : disponible à réaliser

Spécifique aux IRM cardiaques de stress :

Pas de café, thé, chocolat, coca, banane, vanille (24 heures avant l'examen)

Arrêt bêta-bloquants (48h avant l'examen), arrêt antagonistes calciques (48h avant l'examen)

Contre-indication agent stressant : Adénosine : oui non Dobutamine : oui non

Cachet du médecin prescripteur *

Date :

Signature :

*Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom,
adresse et numéro INAMI

Copies à : _____

Examen prévu le : _____ à _____ heures

A jeun Non à jeun

Procédures pertinentes : DPM-RXD-ADM-MOP-06
Référence du document : Annexe 01-DPM-GEN-POL-03