



DEMANDE D'EXAMEN IRM DOCUMENT A PRESENTER LE JOUR DE L'EXAMEN	NOM DU PATIENT	Né(e) le : Taille : Poids :
	PRENOM DU PATIENT Adresse	
	Tél Domicile :	Tél Portable :
Date de prescription :	Patient valide:	oui non
	Patient hospitalisé :	oui non
Médecin prescripteur	ORGANE A EXPLORER	
Docteur	Prostate oui* non	
Adresse		
Tél		
Contexte clinique et Hypothèses diagnostiques :		
*TR :		
*PSA (ng/ml) :	*Rapport L/T :	
*Antécédents de biopsies OUI/NON	*Si OUI Résultats (Gleason et Localisation) :	
ATTENTION CONTRE INDICATIONS ABSOLUES A L'EXAMEN		
Pace maker ou Défibrillateur cardiaque	OUI NON	Insuffisance rénale OUI NON
<i>Si oui, prévoir consultation avec le cardiologue 1h avant examen et après l'IRM (formulaire de suivi obligatoirement rempli)</i>		
Eclat métallique intra-orbitaire	OUI NON	<i>Si Oui Créatinine : Clairance</i>
<i>Si OUI ou en cas de doute faire pratiquer une radiographie du crâne face et profil.</i>		
Clip vasculaire cérébral	OUI NON	Intubation OUI NON
valve cardiaque métallique	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Grossesse en cours OUI NON
Implant cochléaire	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		<i>Si Oui préciser le terme</i>
Implant oculaire	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Allergie lors d'une précédente IRM OUI NON
Implant pénien	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Lors d'une autre examen radiologique OUI NON
Filtre cave	OUI NON	
Neuro stimulateur	OUI NON	Autre : Claustrophobie OUI NON
		Valve de dérivation du LCR OUI NON
		<i>Si oui, prévoir consultation neurologique dans les 3 heures maxi qui suivront l'IRM</i>
		Eclats métalliques OUI NON
Capteur Glycémique	OUI NON	Prothèses auditives OUI NON
<i>Si oui faire l'IRM entre deux poses de capteur.</i>		
		Prothèses dentaires OUI NON
		Matériel d'ostéosynthèse OUI NON
EXAMENS RADIOLOGIQUES RECENTS A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT		
(RADIOGRAPHIE/ECHOGRAPHIE/SCANNER/IRM)		