



Rappel formulaire demande IRM

Nous recevons encore trop de formulaires de demandes d'IRM **incomplets** notamment concernant les **contre indications**. Pour garantir une prise en charge optimale pour le patient que vous adressez, merci de suivre le document suivant.

INDISPENSABLE: veuillez renseigner la présence d'un pacemaker ou défibrillateur. Veuillez à nous fournir les **références du boîtier ainsi que des sondes**. Si nous ne pouvons anticiper les vérifications nécessaires et ainsi organiser la consultation avant et après IRM en cardiologie, **l'examen sera reporté à une date ultérieure.**

Merci de nous signaler tout dispositif médical implanté et de nous en préciser les **références**. Cela permet une organisation optimale pour le jour de l'examen et permet d'éviter le report de l'examen si le DMI est inconnu.

Vos coordonnées doivent être renseignées et lisibles afin que les **résultats de l'examen** vous soient adressés.

Les coordonnées du patient doivent être remplies avec attention et **lisibles** afin d'éviter toute erreur d'identité.

Organe à explorer, indication, hypothèse diagnostique, merci d'être le plus précis possible.

Service de Radiologie & Imagerie Médicale
2 avenue Martin Luther King - 87042 Limoges Cedex
tel 05 55 05 66 00
irm@chu-limoges.fr
imcerebrale@chu-limoges.fr

DEMANDE d'EXAMEN I.R.M

Aucun rendez-vous ne sera donné par téléphone. Il est impératif de nous faire parvenir ce formulaire dûment complété le rendez-vous sera communiqué au patient par courrier et/ou par mail.

ATTENTION, certaines contre-indications ne pourront donner lieu à rendez-vous

PACEMAKER OUI ☐ NON ☐ **Fournir les références du boîtier et des sondes pour vérification de compatibilité par l'IRM. Vous pouvez continuer la demande**

patient : ☐ valide ☐ fauteuil ☐ lit Poids Taille
☐ patient hospitalisé n° de chambre patient en H D J consultant externe
retour à domicile prévu le H/DJ prévu le

Tampon U F

NOM DU PATIENT : né(e) le
PRENOM :
Adresse complète :
@ patient hospitalisé apposer une étiquette
patient consultant apposer une étiquette

CONTRE INDICATIONS	non	oui	à quel pose	ref
valve cardiaque (1)				
prothèse métallique intra-oculaire			si oui, rétro-orbitaire avant l'IRM	
clats métalliques dans le corps				
filles cavées (1)				
implant cochléaire (1)				
valve de dérivation LCR (1)				
pompe électrique implantable (1)				
neurostimulateur (1)				
autres :				

(1) accès : Portail Hermès au dessus de l'espace CME, veuillez cliquer sur l'entête suivant: Compatibilité IRM des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) Site Internet du CHU :
sélectionnez "nos services" puis "pharmacie à usage intérieur"

renseignements complémentaires	non	oui
prothèse auditive amovible		
matériau orthodontique		
insuffisance rénale		
patient(e) enceinte ou allaitant		
allergie		

Organe à explorer :
Indication de la demande :
Hypothèses diagnostiques :
V. SVP

Médecin demandeur de ville :
Adresse complète :
mail :
Date :
Signature du médecin demandeur :
recherche clinique ☐ nom du prescripteur :

Des informations incomplètes ou erronées peuvent entraîner des risques pour le patient, engager la responsabilité du demandeur et augmenter le délai d'attente du rendez-vous

zone réservée au secrétariat IRM

rendez-vous programmé : date heure 1.5T ☐ 3T ☐ 1.5TO ☐



Pour tout renseignement à propos d'un examen ou d'un DMI, vous pouvez nous contacter par téléphone au **05 55 05 66 00** ou par mail à irm@chu-limoges.fr.