

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

patient : ☐ valide ☐ fauteuil ☐ lit Poids Taille

☐ patient hospitalisé ☐ patient en H D J ☐ consultant externe

n° de chambre

HDJ prévue le / /

retour à domicile prévu le

Tampon U F

NOM DU PATIENT :

PRENOM : né(e) le :

Adresse complète :

@ ☎

patient hospitalisé apposer une étiquette

patient hospitalisé apposer une étiquette

CONTRE INDICATIONS	non	oui	date pose	ref
valve cardiaque (1)				
corps métallique intra-orbitaire			si oui, radio orbites avant IRM	
éclats métalliques dans le corps				
filtres caves (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'intitulé 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		
matériel d'orthodontie		
insuffisance rénale		
patiente enceinte ou allaitante		
allergie		

Médecin demandeur de ville :

Adresse complète :

mail: ☎

Médecin demandeur du CHU, apposez votre tampon dans ce rectangle

Organe à explorer

Indication de la demande

T. SVP

Hypothèses diagnostiques

Date :

Signature du médecin demandeur

recherche clinique ☐ nom du protocole

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 ☐ 3 T ☐ 1,5TO ☐

REGLES D'UTILISATION DU SUPPORT DE DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE

Afin d'optimiser le traitement des demandes d'imagerie que vous nous adressez, nous vous demandons :

1. de dater la demande
2. de renseigner le n° de l'UF prescriptive
3. d'identifier lisiblement le nom du demandeur ainsi que ses coordonnées
4. d'utiliser systématiquement les étiquettes patients fournies par les admissions et comportant un n° IPP et IEP diagnostiques

Ces informations sur les demandes d'imagerie constituent les critères d'évaluation pour l'indicateur "CDEI" (Conformité des Demandes d'Examens d'Imagerie), indicateur mis en place en collaboration entre l'HAS et la SFR. Cet indicateur complète la batterie d'indicateurs obligatoires "IPAQSS" (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) permettant d'évaluer la qualité et la sécurité des soins des établissements de santé.

A l'instar des indicateurs IPAQSS déjà mis en place, l'indicateur CDEI sera utilisé dans le cadre de la certification et de la contractualisation avec les ARS et diffusé auprès des usagers.

La banalisation des examens par résonance magnétique et l'augmentation des indications liées à ce type d'exploration doivent renforcer la vigilance de tous les professionnels à l'égard des risques générés par l'intensité des hauts champs magnétiques utilisés. En particulier, la demande doit systématiquement être subordonnée au dépistage des éventuelles contre-indications listées au recto de ce document.

SITUATION GEOGRAPHIQUE DU SECTEUR D'IRM

