



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>		<i>Si Oui Créatinine :</i>		
Eclat métallique intra-orbitaire	OUI NON	<i>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	Grossesse en cours	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		<i>Si Oui préciser le terme</i>		
Implant cochléaire	OUI NON	Allergie		
<i>Si oui Préciser le type :</i>		lors d'une précédente IRM		OUI NON
Implant oculaire	OUI NON	Lors d'une autre examen radiologique	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Autre :		
Implant pénien	OUI NON	Claustrophobie	OUI NON	
<i>Si oui Préciser le type :</i>		Valve de dérivation du LCR		OUI NON
Filtre cave	OUI NON	<i>Si oui, prévoir consultation neurologique dans les 3 heures maxi qui suivront l'IRM</i>		
Neuro stimulateur	OUI NON	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	
Présence d'un dispositif médical type PCA morphine	OUI NON			
EXAMENS RADIOLOGIQUES RECENTS A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT (RADIOGRAPHIE/ECHOGRAPHIE/SCANNER/IRM)				