CITADELLE CHATEAU ROUGE SAINTE ROSALIE
VOTRE SANTÉ, NOTRE MÉTIER

Citadelle — bd du 12e de Ligne 1, 4000 Liège
RDV : 04.321.62.43
Ascenseur C, route 130

Château Rouge — rue du Grand Puits 47, 4040 Herstal
RDV : 04.321.62.43

Sainte-Rosalie — rue des Wallons 72, 4000 Liège
RDV : 04.321.72.28

Formulaire de demande pour un examen en IMAGERIE MEDICALE

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Identification du patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

ETIQUETTE EXAMEN

Examen(s) demandé(s) / proposé(s) *(obligatoire)*

pour l'IRM : remplir check-list au verso (Obligatoire)

Explication de la demande de diagnostic et informations cliniques pertinentes *(obligatoire)*

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic (obligatoire)

☐ Néant	☐ Inconnu	☐ RX	☐ US	☐ Doppler	☐ CT	☐ IRM	☐ Scinti / PET	☐ Séno	
									Date(s) de réalisation

Informations supplémentaires pertinentes *(obligatoire)*

- Allergie au produit de contraste ..... ☐ non ☐ oui Si oui, type .....
- Diabète ..... ☐ non ☐ oui
- Insuffisance rénale..... ☐ non ☐ oui (MDRD : .....)
- Grossesse..... ☐ non ☐ oui
- Implant ..... ☐ non ☐ oui
- Anticoagulation ..... ☐ non ☐ oui Si oui, type .....
- Autres : .....

☐ Néant

Précautions additionnelles

☐ Contact
☐ Gouttelettes
☐ Aériennes :
☐ Sang :

Cachet du médecin prescripteur

NOM, prénom, adresse et numéro INAMI obligatoires

N° de téléphone **(communication résultats critiques)** :

Date : ..... **Signature :**

Copie(s) à :

Réf: CHR REPROGRAPHIE
1 102019 000836

Etiquette patient

Questionnaire destiné à toute personne devant passer un examen de RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Pour votre sécurité, nous vous prions de répondre à toutes les questions suivantes.
Certaines réponses "oui" peuvent constituer une contre-indication à l'examen.

QUESTIONS	OUI	NON
Etes-vous d'accord de recevoir un produit de contraste, si le médecin radiologue le juge utile pour votre examen ?		
Avez-vous déjà passé une IRM ?		
Avez-vous subi une opération récente (moins de 2 mois) ?		
Avez-vous un **pacemaker** ?		
Avez-vous déjà été opéré au cœur (valve, stent, …) ?		
Avez-vous déjà été opéré au cerveau ?		
Avez-vous déjà été opéré à la colonne vertébrale (hernie, canal étroit, …) ?		
Avez-vous des **clips cérébraux** ou vasculaires ?		
Avez-vous été opéré pour améliorer votre audition (**implant cochléaire**, …) ?		
Avez-vous des prothèses auditives, oculaires ou dentaires ?		
Avez-vous du matériel interne métallique (**neurostimulateur**, vis, agrafes, implants, prothèses, stents, **pompe à insuline**, valve de dérivation, …) ?		
Etes-vous susceptibles d'avoir reçu des projectiles ou des **éclats métalliques** dans le corps (balles, limailles, corps étrangers dans les yeux, autres, …) ?		
Etes-vous porteur d'un tatouage, d'un maquillage permanent, d'un piercing, d'un patch transdermique ?		
Présentez-vous une allergie aux produits de contraste ?		
Souffrez-vous d'une insuffisance rénale ?		
Etes-vous dialysé ?		
Etes-vous susceptible d'être enceinte ?		
Etes-vous en train d'allaiter ?		

Merci d'inscrire votre poids : ….…… kg.

AVANT votre examen d'IRM, veuillez suivre les instructions suivantes :

1. Retirez tous les objets métalliques (bijoux, piercing, soutien-gorge, lunettes, pinces à cheveux, appareils auditifs, certaines prothèses dentaires, …).
2. Déshabillez-vous et ne gardez que le slip ou la culotte.
3. Enfilez une blouse que le personnel d'IRM mettra à votre disposition.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, …….…….. certifie avoir répondu avec exactitude à toutes les questions posées ci-dessus et avoir obtenu tous les renseignements souhaités.
Je donne mon accord pour la réalisation de l'examen.

N'hésitez pas à poser vos questions au personnel qui vous accueillera.

Date : …… **Signature :** ……..