



# SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Formulaire de demande pour un examen en  
Imagerie Médicale

*Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé*

**Identification du patient :**

**Nom :**

**Prénom(s) :**

**Date de naissance :**

**Sexe :**  Masculin

Féminin

**Informations cliniques pertinentes :**

**Explication de la demande de diagnostic :**

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

CT  IRM  RX  Echographie  Autres  Inconnu

**Examen(s) proposé(s) :**

**Informations supplémentaires pertinentes :**

Allergie  Diabète  Insuffisance rénale  Grossesse  Implant

Contre indications à l'IRM :

Pacemaker (voir Cardiologue)

Implant cochléaire

Neuro-stimulateur

Valve cardiaque ancienne (avant 1986)

Prothèses et/ou agrafes métalliques

Insuffisance rénale

Pompe implantée

Corps étranger métallique dans l'œil

Intervention chirurgicale pour anévrisme intra-cérébral

Intervention chirurgicale récente - artères coronaires (< 3 sem)

Claustrophobie

**Cachet et signature**

**Examen demandé le.....**

**Notre Dame** : RDV : 071/10 41 00 | Secrétariat : 071/10 41 09

**Saint-Joseph** : RDV : 071/10 75 50 | Secrétariat : 071/10 75 51

**Sainte-Thérèse** : RDV : 071/10 90.61 | Secrétariat : 071/10 90 67

**IMTR** : RDV : 071/10 61.15 | Secrétariat : 071/10 61 08