

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : N° ATD :
ou coller 1 vignette ATD

DEMANDE IMAGERIE MEDICALE

Patient CONSULTATION
 HOSPITALISE

Unité : Chambre :

TRANSPORT → LIT CHAISE Accompagnement à pied

Motif d'Urgence :

Veillez remplir les différents items ci-dessous, ils sont obligatoires pour la validité de votre demande !

Attention ! Par problématique clinique, une demande distincte est exigée par la Loi !

(Art 17 § 12° du 19-12-2012 publié le 24-01-2013, explications en bas du verso de ce document)

Examen(s) proposé(s) :

Explications de la demande de diagnostic :

Examen(s) déjà réalisé(s) dans le cadre de ce diagnostic :

Aucun RX ECHO CT-SCAN IRM PET-CT Autre(s)

Informations cliniques pertinentes :

Information(s) supplémentaire(s) pertinente(s) visant la sécurité du patient : Aucune

Grossesse Diabète Allergie Insuff. Rénale Insuff. Cardiaque Dysthyroïdie Implant
en cas de réponse positive, veuillez préciser au verso →

Pour toute demande IRM, le questionnaire contre-indications au verso, DOIT être complété !

Je certifie qu'aucune contre-indication ne s'oppose à (aux) l'examen(s) d'imagerie(s) pour mon patient,

Signature + Cachet du Prescripteur

Date de prescription

Freeset de contact

Cadre réservé au Service d'Imagerie

Demande NON Validée

Demande Validée

Date :

SECURITE du PATIENT et CONTRE-INDICATIONS

Liste non exhaustive des principales contre-indications liées aux modalités d'acquisitions

➤ GROSSESSE et ALLAITEMENT

Date des dernières règles ? :

ALLAITEMENT en cours ? :

➤ DIABETE

Si OUI lequel ? Type I Type II

Traité par GLUCOPHAGE ? Oui Non

Type(s) de réaction(s) ? :

➤ ALLERGIE

Aux PRODUITS IODES ? Oui Non

Si OUI, quels produits ? :

Types de réactions ? :

Autres allergies, le(s)quelle(s) ? :

➤ INSUFFISANCE RENALE

Taux de filtration glomérulaire ? : en date du ? :

Dialyse ? Oui Non

➤ INSUFFISANCE CARDIAQUE

Risque d'aggravation en cas d'injection de produit de contraste ou de volume perfusé ?

Oui Non

➤ DYSTHYROÏDIE

Hyperthyroïdie ? Oui Non

Traitement en cours ? :

➤ AUTRE(s) ? :

- CLAUSTROPHOBIE

•

➤ IMPLANT(s) : Contre-indications relatives pour Résonance Magnétique (IRM / RMN / MRI)

Pacemaker cardiaque IRM compatible (*) ?

Oui Non Je ne sais pas

Prothèse valvulaire cardiaque IRM compatible (*) ?

Oui Non Je ne sais pas

Clips vasculaires ferromagnétiques intracrâniens IRM compatible (*) ?

Oui Non Je ne sais pas

Neuro-stimulateur IRM compatible (*) ?

Oui Non Je ne sais pas

Pompe implantée IRM compatible (*) ?

Oui Non Je ne sais pas

Implant cochléaire IRM compatible (*) ?

Oui Non Je ne sais pas

Fragments métalliques mobilisables ?

Oui Non Je ne sais pas

Si OUI : le(s) lequel(s) ? Marque ?

Date d'implantation ?

(*) en fonction du type et de l'année de fabrication, si un doute subsiste contactez directement le Radiologue !

Pour information complète, vous pouvez vous référer au Moniteur Belge du 24-01-2013, modifiant les conditions obligatoires de justification des prescripteurs pour des demandes d'examen en Imagerie Médicale :

- **19 DECEMBRE 2012. - Arrêté royal modifiant l'article 17, § 12, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**