



Rendez-vous

Mont-Godinne :

☎ : +32 (0)81 42.35.00

Dinant

☎ : +32 (0)82 21.24.09

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**