



DEMANDE D'EXAMEN **IRM** Cardiovasculaire

Prise de rendez-vous : téléphone : 01 56 09 38 02, fax : 01 56 09 38 50

E-mail : rdv.imagerie-egp@aphp.fr

<u>Identification Patient</u>	<u>Identification Demandeur</u>
Nom : Prénom : Date de naissance : IPP : Téléphone : Adresse :	Date : Délai souhaité : Médecin : Service : Hôpital : Téléphone : Fax :
<u>Contexte clinique, Question posée :</u> 	
Si IRM Cardiaque de STRESS cochez ici <input type="checkbox"/>	
<u>Précautions/contres indications</u> <input type="checkbox"/> Pace-maker ou défibrillateur <input type="checkbox"/> Clips neurochirurgicaux <input type="checkbox"/> Autre matériel implanté : <input type="checkbox"/> Travailleur des métaux <input type="checkbox"/> Corps étranger intra - oculaire <input type="checkbox"/> Eclat obus <input type="checkbox"/> Claustrophobie <input type="checkbox"/> si Obésité, précisez le poids :	<u>Région anatomique</u> <input type="checkbox"/> IRM Cardiaque <input type="checkbox"/> IRM Aortique <input type="checkbox"/> ARM TSA <input type="checkbox"/> ARM Rénale <input type="checkbox"/> ARM Aorte abdominal <input type="checkbox"/> ARM Membre Inférieurs <input type="checkbox"/> ARM Autre : En cas de demande d'ARM, merci de préciser la préférence d'une ARM plutôt qu'un angio-TDM :