



HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR
SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE
Tel : (221) 839.58.38 Fax : (221) 839.50.48
www.hopitalprincipal.sn

DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Date de la demande :

Médecin prescripteur :

Adresse du prescripteur :

Téléphone :

Télécopie:

Nom du patient :

Prénoms :

Patient hospitalisé :

Patient externe :

Date de naissance :

Sexe : M / F

Profession :

Poids :

Adresse du patient :

Téléphone :

Contre-indications (relatives ou absolues) : A REMPLIR IMPERATIVEMENT

- | | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| * Claustrophobie | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Travailleur des métaux | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| * Stimulateur cardiaque | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Clip neurochirurgical | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| * Matériel vasculaire :
(Clip, stent, coil..). | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Valve cardiaque | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| * Prothèse auditive | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Valve intracrânienne | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| * Eclats métalliques :
(balles, obus) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Sutures métalliques | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| * Matériel chirurgical :
Orthodontie, ostéosynthèse... (Préciser date) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Grossesse | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| * Patch cutané | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | * Autre (préciser) : | |

TSVP

▪ **INDICATION CLINIQUE:**

• EXAMENS PREALABLES (Échographie, TDM, IRM à joindre au dossier) :

• VOTRE PATIENT POURRA-T-IL COOPERER ? OUI NON

• EST-IL VALIDE ? OUI NON

• ALLERGIE : OUI NON

• ANTÉCÉDENTS : médicaux et chirurgicaux

EXPLORATIONS DEMANDÉES

Crâne et contenu		Moelle		
Rachis cervical		Rachis dorsal		
Rachis lombaire		Hanche	D	G
Épaule	D	G	Genou	D G
Abdomen		Cœur, vaisseaux		
Pelvis		Pharynx, Larynx		
Orbites		Autre (préciser)		

INFORMATIONS ATTENDUES DE L'EXAMEN :

SIGNATURE