

Demande d'IRM cérébrale – Projet PSYMAC

Cette demande doit être faxée au service de Radiologie. La confirmation du RDV doit être retournée par fax au Psychiatrie, indiquant la date du rendez-vous. Une convocation devra être également envoyée pour l'examen IRM au patient ou à la personne le représentant

Identification Patient (N°PSYMAC du Patient si connu) :

Nom/ Prénom :

Date de naissance :

Adresse et numéro de téléphone du patient :

Adresse d'envoi de la convocation IRM (si différente de celle du patient préciser le nom et le numéro de téléphone) :

Identification PSYMAC :

Psychiatre prescripteur :

Radiologue réalisant l'examen :

Indication d'examen

Prodrome Psychotique Premier Episode Psychotique Schizophrénie

Trouble lié à une exposition à l'alcool (préciser : _____)

Autre (préciser) :

Contre-indication d'examen IRM (entourer la réponse):

Claustrophobie : oui non

Pace maker ou autre dispositif cardiaque : oui non

Prothèse ou implants électroniques : oui non

Clips ferromagnétiques : oui non

Eclat métalliques intra oculaire : oui non

Autres corps étrangers : oui non

Grossesse : oui non

Clairance créatine < 30 : oui non

Informations complémentaires :

Traitement psychotrope reçus (DCI + posologie en mg) :

RDV souhaité : Urgent (dans les 15 jours) Semi-urgent (dans les 30 jours) Non urgent (>1 mois)

Nécessité d'un accompagnant : Oui Non

Date de l'examen IRM :

Séquences réalisées :

3DT1 écho de gradient T2 FLAIR 2D/3D EPI T2* DTI/diffusion

Autres (précisez) :

ATTENTION

RADIOLOGIE : Adresser 2 exemplaires du CD + 2 exemplaires du bon + CR au psychiatre prescripteur

PSYCHIATRIE : Adresser bon + bilan clinique + 1 CD à l'hôpital Fontan 1 – unité CURE (CHRU de Lille)