Demande d'IRM cérébrale – Réseau PSYMAC – CHU de Lille

Psychiatrie : Cette demande doit être faxée au service de Neuroradiologie de l'hôpital Salengro
(fax : 03 20 44 64 88, tel : 03 20 44 65 63)
ainsi qu'au secrétariat du Pr Jardri (fax : 03 20 44 49 13)
Neuroradiologie : la confirmation du RDV doit être communiquée au psychiatre prescripteur,
ainsi qu'au secrétariat du Pr Jardri (fax : 03 20 44 49 13, tel : 03 20 44 67 47).

Identification Patient
Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse et n° de téléphone du patient :

Psychiatre prescripteur :
Nom :
Adresse / service :
N° de téléphone :

Envoi de la confirmation IRM : ☒ Téléphone au service demandeur ☐ Convocation patient ☐ Mail ☐ Fax
Préciser le cas échéant :
N° de téléphone si différent de celui du psychiatre : N° de fax :
Mail :
Adresse complète :

Indication d'examen

Premier Episode Psychotique (PEP) ☐ RDV souhaité semi-urgent (< 30 jours)	PEP avec atypicité clinique ☐ RDV souhaité urgent (< 15 jours)

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

Claustrophobie :	oui	non	Eclat métalliques intra oculaire :	oui	non
Pace maker ou autre dispositif cardiaque :	oui	non	Autres corps étrangers :	oui	non
Prothèse ou implants électroniques :	oui	non	Grossesse :	oui	non
Clips ferromagnétiques :	oui	non	Clairance créatine < 30 :	oui	non

Informations complémentaires :
Traitement psychotrope reçu (DCI + posologie en mg) :
Nécessité d'un accompagnant : Oui ☐ Non ☐

---------- **Partie à remplir par la radiologie** ----------

Date de l'examen IRM : ……./……./…….
Radiologue réalisant l'examen :

Séquences réalisées :

3DT1 ☐ écho de gradient T2 ☐ FLAIR 2D/3D ☐ EPI T2* ☐ DTI/diffusion ☐
Autres (précisez) :

ATTENTION, après l'examen :

RADIOLOGIE : Stocker 1 CD (récupéré ensuite par un ARC) + envoyer 1 exemplaire du bon complété par la radiologie au secrétariat du Pr Jardri + compte-rendu de lecture clinique au psychiatre prescripteur