



Site Vallée du Lot
Avenue du 8 mai 1945
BP 10
48 001 MENDE CEDEX

Pôle MEDICOTECH

Chef de pôle
Mme Marie-Lou BONADIES
Chef de service
Dr Ana IVANESCU-CHASTANG

Imagerie Médicale
Dr Ana IVANESCU-CHASTANG

Consultations Externes

Cadre de santé
Tél: 04.66.49.47.41

Secrétariat Radiologie
Tél : 04.66.49.49.14
Fax : 04.66.49.59.66
Secce.radiologie@ch-mende.fr

Secrétariat IRM
Tél: 04.66.49.59.60
Fax: 04.66.49.59.93
Secce.irm@ch-mende.fr

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé un examen d'imagerie de type IRM. Il sera pratiqué avec votre consentement. Vous avez, en effet, la liberté de l'accepter ou de le refuser.

Le médecin Radiologue est qualifié pour juger de l'utilité de cet examen.

1. **Il est impératif que vous répondez de façon précise :**

- Au questionnaire IRM en joignant l'ordonnance
- Au formulaire de consentement
- A la fiche de renseignements

2. **Veillez les adresser dans les meilleurs délais au secrétariat IRM soit :**

- Par courrier postal à l'adresse suivante :
Hôpital Lozère – Site de la Vallée du Lot
Service IRM – Av. du 8 mai 1945 – 48 000 MENDE
- Par mail à l'adresse suivante : secce.irm@ch-mende.fr
- Par fax : 04.66.49.59.93

3. **Une fois votre dossier complet reçu :**

Le secrétariat IRM vous contactera pour programmer le RDV.

Une fois l'examen réalisé, il vous sera donné un code d'accès via internet pour accéder à vos images et votre compte-rendu dans les meilleurs délais.

Si vous n'avez aucune connexion internet, un compte-rendu pourra vous être envoyé sur demande au secrétariat.

VOUS VENEZ PASSER UNE **IRM** A L'HOPITAL-LOZERE

SITE DE LA VALLEE DU LOT à MENDE

Qu'est-ce qu'une IRM ?

Une **IRM (imagerie par résonance magnétique)** est un examen d'imagerie qui utilise un appareil émettant des ondes électromagnétiques, grâce à un gros aimant. Cette technologie, qui n'utilise pas les rayons X, est sans risque d'irradiation pour le patient.

L'IRM est un examen indolore, permettant d'obtenir des images de l'intérieur du corps humain. On le prescrit notamment pour visualiser les "tissus mous" (cerveau, moelle épinière, viscères, muscles, tendons, etc.).

Suivant le type d'examen, certaines consignes vous seront données lors de la prise de RDV (à jeun, vessie pleine ...). Il est important de bien les respecter afin de réaliser l'examen dans de bonnes conditions.

Déroulement de l'examen

L'examen n'est pas douloureux. L'IRM dure de **15 à 30 minutes** (ce qui peut vous sembler un peu long).

L'examen est réalisé par un technicien en radiologie, sous la responsabilité d'un médecin radiologue (qui analyse les images). Selon l'indication clinique, il est possible qu'il y ait **une injection de produit de contraste** (Gadolinium) par voie intraveineuse. Ce produit est généralement bien toléré. D'éventuelles manifestations allergiques banales sont possibles (urticaire). De très graves réactions allergiques sont tout à fait exceptionnelles.

Il existe des contre-indications à l'IRM si vous êtes porteur d'un **matériel métallique** (pacemaker, valve cardiaque, neurostimulateur etc.) ou d'élément contenant du fer près des yeux ou dans la tête.

Dans certains cas, l'examen peut être formellement **contre-indiqué** d'où la nécessité de compléter le questionnaire IRM de façon précise et de le signaler à la secrétaire lors de la prise du RDV.

A la fin de l'examen, le manipulateur vous indiquera la marche à suivre pour obtenir vos résultats.

REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS SANS EXCEPTION SOUS PEINE DE RETARDER LE RDV

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

Prénom : Date de naissance :sexe : F / M

(Entourer la bonne réponse pour chaque question SVP merci)

CONTRE INDICATIONS FORMELLES DE L'EXAMEN

Pace maker (pile cardiaque) ou défibrillateur	OUI / NON (si OUI , carte avec référence)
Valve cardiaque artificielle	OUI / NON (si OUI , carte avec référence)
Neurostimulateur	OUI / NON
Implant cochléaire (oreille)	OUI / NON
Corps étranger intraoculaire et/ou cataracte	OUI / NON (si OUI , date de l'implantation :.....)

ETAT GENERAL ET ANTECEDENTS MEDICAUX

Taille : Poids : Valide : OUI / NON

Antécédents allergiques : OUI / NON (si **OUI**, à préciser.....)

Insuffisance rénale : OUI / NON

Claustrophobie (crainte de l'ascenseur) : OUI / NON (si **OUI** voir avec votre médecin pour traitant pour une éventuelle prémédication)

Appareil dentaire et/ou appareil d'orthodontie: OUI / NON

Appareil auditif : OUI / NON

Avez-vous travaillé sur des métaux (souder, meuler, ...) et ou avez pu recevoir des projectiles métalliques (éclats métalliques, balles, éclats obus, ...) même s'il y a longtemps, notamment près des yeux OUI / NON

Enceinte ou susceptible de l'être : OUI / NON si **OUI**, CONTRE INDICATION RELATIVE

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous un appareillage, une prothèse, un matériel métallique quelconque et/ou subi une intervention chirurgicale au niveau du cerveau, du cœur ou autre(s) OUI / NON (si **OUI** type **et** date d'implantation)

.....

Autres interventions chirurgicales + date

.....

N'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à nous communiquer et à nous informer de toute maladie sérieuse

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT / REFERENT : Dr

PERSONNE DONNANT LES RENSEIGNEMENTS :

Nom : Prénom : Lien :

Le patient assure avoir lu et compris le document et donne son consentement pour que l'examen soit pratiqué et pour une éventuelle injection de produit de contraste (gadolinium). J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

Fait le Signature (Si mineur signature des parents)

Madame, Monsieur,

L'hôpital de Lozère veille à assurer la permanence et la continuité des soins et à limiter l'attente des patients. Pour faire face à une demande croissante d'examen d'imagerie médicale dans un contexte de démographie médicale tendue, l'Hôpital Lozère s'est inscrit dans le développement de la téléradiologie.

La téléradiologie consiste en l'interprétation d'examen d'imagerie médicale par un radiologue appelé téléradiologue se trouvant à distance de l'Hôpital Lozère.

L'hôpital dispose d'un système informatique destiné à faire interpréter les examens à distance et à archiver les comptes-rendus. Les examens sont alors interprétés par des téléradiologues, exerçant sur le territoire français et titulaire d'un diplôme français et inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

Votre examen sera réalisé dans les conditions tout à fait habituelles par l'équipe de manipulateurs du département d'imagerie médicale et sous la responsabilité d'un médecin de proximité, qui pourra le superviser et intervenir tout au long de l'examen pour en assurer la qualité et répondre aux questions pour lesquelles votre examen a été prescrit. Ils réaliseront l'examen via des protocoles préalablement validés par le téléradiologue.

Les informations recueillies lors de votre examen et les images réalisées feront l'objet, sauf opposition de votre part, d'une transmission par voie dématérialisée par une liaison sécurisée, pour permettre l'interprétation à distance. La plateforme informatique utilisée est ONE MANAGER-SOFTWAY PACS CARESTREAM, sous respect de la réglementation RGPD.

De plus, le nom du téléradiologue sera stipulé sur le compte-rendu de votre examen, ainsi que ses coordonnées dans le cas où vous auriez d'éventuelles questions ou explications supplémentaires au sujet de votre examen.

Le recueil préalable de votre consentement est obligatoire pour que nous puissions transmettre votre examen.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECRIT :

A remplir par le patient ou le représentant légal avant la réalisation d'un examen d'imagerie médicale

Je soussigné(e)

Né(e) le/...../.....

Reconnais avoir :

- Eté informé(e) et écouté(e) au sujet de la pratique de la téléradiologie.
- Eu le choix d'accepter ou non que mon examen soit réalisé via un procédé de téléradiologie.
- Eu le temps d'assimiler et comprendre de quoi relève la téléradiologie.
- Pris conscience du transfert des images et des données médicales me concernant sur la plateforme de téléradiologie.

Je consens donc à bénéficier d'une prise en charge de mon examen en téléradiologie. Oui Non

Fait à le

Signature du patient (ou du représentant légal) :

Afin d'assurer au mieux votre prise en charge sur l'Hôpital Lozère, veuillez compléter et signer ce document et nous le remettre rapidement.

EXAMEN HOSPITALISATION CONSULTATION

DATE DE L'EXAMEN : HEURE

SERVICE : MEDECIN PRESCRIPTEUR :

IDENTITE

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRENOM : PRENOM USUEL :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin MasculinSITUATION DE FAMILLE : Célibataire Pacsé Marié Divorcé Veuf

ADRESSE :

CP et VILLE :

TELEPHONE : TEL PORTABLE MAIL :

N° DE SECURITE SOCIALE : CAISSE :

MEDECIN TRAITANT :

 SI PATIENT MINEUR

IDENTITE DE L'ASSURE :

LIEN DE PARENTE :

ADRESSE :

TELEPHONE : MAIL :

 SI PATIENT PROTEGE

IDENTITE DU TUTEUR :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

ADRESSE :

TELEPHONE : MAIL :

PIECES A FOURNIR ET A ENVOYER SOIT A : Service IRM par mail : secce.irm@ch-mende.fr

ou par courrier : HOPITAL LOZERE - Service IRM - Avenue du 8 mai 1945 - 48000 MENDE

 Site vallée du Lot à MENDE par mail : be@ch-mende.fr

ou par courrier : HOPITAL LOZERE Site Vallée du Lot - Bureau des entrées - Avenue du 8 mai 1945 - 48000 MENDE

 Site Gévaudan à MARVEJOLS par mail : bemarvejols@ch-mende.fr

ou par courrier HOPITAL LOZERE Site Gévaudan - Bureau des entrées - Chemin Jean Fontugne - 48100 MARVEJOLS

- Copie Pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour ou extrait de naissance ou livret de famille pour les mineurs accompagné de la pièce d'identité d'un des parents)
- Copie de l'attestation de droit de sécurité sociale et non la copie de la carte vitale
- Copie de la carte mutuelle de l'année en cours recto verso

Daté et signé