



**Hôpitaux de Provence**  
Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône

**Hôpitaux** | **ap.**  
**Universitaires** | **hm**  
**de Marseille**



**PÔLE**  
**IMAGERIE**  
**MÉDICALE**

## **Guide de remplissage des bons de demande d'examen d'imagerie**

# Références des bons de demande d'examen

Commande sur Editique

Egalement disponibles sur [Normea](#)

TEF 030	<a href="#">Tout examen Radiologie et Scanner</a>
TEF 031	<a href="#">Tout examend'IRM</a>
TEF 039	<a href="#">Radios au lit</a>
TEF 052	<a href="#">Pose de PiccLine</a>
TEF 045	<a href="#">TEP-TDM</a>
TEF 032	<a href="#">Scintigraphie</a>
TEF 049	<a href="#">Scanner de Cardiologie</a>
TEF 050	<a href="#">IRM de Cardiologie</a>



## 1- Renseignements administratifs

**PÔLE IMAGERIE**  
DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE MÉDICALE

Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille  
REF: TEF030

Service  
N° U.F. Demandeur

ETIQUETTE

N° DE CHAMBRE DU PATIENT

IDENTITÉ DU PATIENT  
Etiquette hospitalisé ou inscriptions manuelles (externes)

NOM  
NOM JEUNE FILLE  
PRENOM  
DATE NAISS  
TEL PATIENT

ISOLEMENT

DATE DE LA DEMANDE : Le

DATE DE RECEPTION DU BON : Le

Signature :

Red circles (A-F) highlight: A (Patient ID), B (Service/UF), C (Requester ID/Phone), D (Room No.), E (Isolation), F (Request Date).

	Information attendue	Risques en cas d'absence ou de données erronées	Conséquence pour le patient
A	Etiquette patient ou nom prénom et date de naissance lisibles	Pas de programmation possible	Pas d'examen
B	Identification du service de l'UF et N° téléphone	Pas d'image dans le PACS Pas de transport Retard de prise en charge	
C	Identité et téléphone du demandeur	Erreur patient	
D	Mode de transport N° chambre du patient	Pas de transport Retard de prise en charge	Retard de prise en charge
E	Isolement	Infection pour le patient, pour les autres patients ou pour le personnel Retard de prise en charge	
F	Date de la demande	Retard de prise en charge	



**PÔLE IMAGERIE  
DEMANDE D'EXAMEN IRM**

Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille  
REF: YEF031

Service  
N° U.F. Demandeur

ETIQUETTE

N° DE CHAMBRE  
DU PATIENT

IDENTITÉ DU PATIENT  
Etiquette hospitalisé ou inscriptions manuelles (externes)

NOM  
NOM JEUNE FILLE  
PRENOM  
DATE NAISS  
TEL PATIENT

DEBOUT .....   
FAUTEUIL .....   
LIT .....   
Enf. accompagné .....   
Sous oxygène .....

ISOLEMENT

Non .....   
Oui .....   
Respiratoire .....   
Cutané .....

TEL de l'unité  
diagnostique

DEMANDEUR (Nom, qualité, N° de tit. personne)

Signature :

DATE DE LA DEMANDE : Le

DATE DE RECEPTION DU BON : Le

REGION A EXPLORER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Créatinémie : ..... Clearance : ..... Poids : .....

1. le patient a t-il déjà passé un examen IRM ? ..... OUI  NON   
2. Est il claustrophobe ? ..... OUI  NON   
3. Est elle enceinte ? ..... OUI  NON   
4. Porte t-elle un stérilet ? ..... OUI  NON   
5. A t-il subi un électroencéphalogramme ces jours-ci ? .. OUI  NON   
6. Est il porteur d'une pace maker ? ..... OUI  NON   
7. Est il porteur d'une valve cardiaque artificielle ? ..... OUI  NON   
8. Est il porteur de clips neurochirurgicaux ? ..... OUI  NON   
9. A t-il des éclats métalliques dans le corps ? ..... OUI  NON   
si oui, précisez l'endroit (yeux, etc.), la nature de l'acier (balle, soudure, épingle)  
.....  
10. Est il porteur de prothèses (auditives,  
dentaires amovibles...) ? ..... OUI  NON

11. A t-il du matériel chirurgical  
dans le corps (plaque, vis...) ? ..... OUI  NON   
12. Est il porteur d'un dispositif  
diffuseur de médicaments ? ..... OUI  NON   
13. Est il épileptique ? ..... OUI  NON   
14. Est il asthmatique ? ..... OUI  NON   
15. A t-il fait une réaction à un produit  
de contraste ? ..... OUI  NON   
Lequel, de quelle sorte et quand ? .....

16. A t-il des antécédents cardiaques ? ..... OUI  NON   
17. A t-il un traitement actuellement ? ..... OUI  NON   
si oui, précisez le traitement : .....

18. A t-il des antécédents hépatiques ou rénaux ? ..... OUI  NON

SELON LES RECOMMANDATIONS HAS TOUS LES ITEMS DOIVENT ÊTRE REMPLIS POUR QUE LA DEMANDE SOIT  
CONSIDÉRÉE COMME CONFORME ET PUISSE ÊTRE TRAITÉE PAR LE SERVICE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

# Bon d'IRM

## 1- Renseignements administratifs

## 2- Renseignements médicaux

## 3- Questionnaire patient Contre-indications

# 1- Renseignements administratifs

**PÔLE IMAGERIE**  
DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE MÉDICALE

Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille  
REF : TEF030

Service : \_\_\_\_\_  
N° U.F. Demandeur : \_\_\_\_\_

ETIQUETTE

N° DE CHAMBRE DU PATIENT : \_\_\_\_\_

**IDENTITÉ DU PATIENT**  
Etiquette hospitalisé ou inscriptions manuelles (externes)

NOM : \_\_\_\_\_  
NOM JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE NAISS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
TEL PATIENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ISOLEMENT

Debout   
Fauteuil   
Lit   
Enf. accompagné   
Oxygène   
Bido à faire en chambre   
Non   
Oui   
Respiratoire   
Cutané

TEL de l'unité d'hospitalisation : \_\_\_\_\_  
EUR (Nom, qualité, N° de tél personnel) : \_\_\_\_\_

DATE DE LA DEMANDE : Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE DE RECEPTION DU BON : Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

	Information attendue	Risques en cas d'absence ou de données erronées	Conséquence pour le patient
A	Etiquette patient ou nom prénom et date de naissance lisibles	Pas de programmation possible	<b>Pas d'examen</b>
B	Identification du service de l'UF et N° téléphone	Pas d'image dans le PACS Pas de transport Retard de prise en charge	
C	Identité et téléphone du demandeur	Erreur patient	
D	Mode de transport N° chambre du patient	Pas de transport Retard de prise en charge	<b>Retard de prise en charge</b>
E	Isolement	Infection pour le patient, pour les autres patients ou pour le personnel Retard de prise en charge	
F	Date de la demande	Retard de prise en charge	

REGION A EXPLORER

A

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

B

Créatinémie : B' Clearance : Poids :

## 2- Renseignements médicaux

	Information attendue	Risques en cas d'absence ou de données erronées	Conséquence pour le patient
A	Région à explorer	Examen non pertinent Défaut de prise en charge Erreur de diagnostic	Pas d'examen
B	Renseignements cliniques et paracliniques motivant la demande		
B'	Appréciation de la fonction rénale	Toxicité du produit de contraste (chélates de gadolinium)	

### 3- Questionnaire patient Contre-indications

REGION A EXPLORER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES


Créatinémie : ..... Clearance : ..... Poids : .....

1. le patient a t-il déjà passé un examen IRM ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	11. A t-il du matériel chirurgical dans le corps (plaque, vis...) ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2. Est il claustrophobe ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	12. Est il porteur d'un dispositif diffuseur de médicaments ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3. Est elle enceinte ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	13. Est il épileptique ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4. Porte t-elle un stérilet ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	14. Est il asthmatique ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5. A t-il subi un électroencéphalogramme ces jours-ci ? .. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	15. A t-il fait une réaction à un produit de contraste ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6. Est il porteur d'une pace maker ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lequel, de quelle sorte et quand ? .....
7. Est il porteur d'une valve cardiaque artificielle ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	16. A t-il des antécédents cardiaques ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
8. Est il porteur de clips neurochirurgicaux ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	17. A t-il un traitement actuellement ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9. A t-il des éclats métalliques dans le corps ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	si oui, précisez le traitement : .....
si oui, précisez l'endroit (yeux, etc.), la nature de l'acier (balle, soudure, épingle) .....	18. A t-il des antécédents hépatiques ou rénaux ? .... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10. Est il porteur de prothèses (auditives, dentaires amovibles...) ? ..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

SECON LES RECOMMANDATIONS HAS TOUTS LES ITEMS, DOIVENT ÊTRE REMPLIS POUR QUE LA DEMANDE SOIT CONSIDÉRÉE COMME CONFORME ET PUISSE ÊTRE TRAITÉE PAR LE SERVICE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE

	Information attendue	Risques en cas d'absence ou de données erronées	Conséquence pour le patient
A	Renseignements contre indiquant l'examen ou nécessaires à la conduite technique de l'examen	Risque vital	Pas d'examen

## Critères de non conformités entraînant un retour du bon de demande

- Non utilisation du bon validé par le Pôle Imagerie Médicale
- Absence ou illisibilité des données points  et points 