# **chuvCentre de Résonance Magnétique Cardiaque du CHUV**

# Tél : 021 / 314 44 44 Fax : 021 / 314 44 45

# Demande d’IRM cardiaque : prière de remplir tous les points et de joindre les rapports des examens pertinents disponibles (par exemple lettre de sortie, etc).

**Identité du patient:**

*Coller l’étiquette après impression ou remplir ci-dessous* Date: Entrer une date.

Nom: Insérer texte ici. Médecin demandeur: Insérer texte ici.

Prénom: Insérer texte ici. BIP: Insérer texte ici.

Date de naissance: Insérer texte ici. Service: Insérer texte ici

IPP: Insérer texte ici Signature du médecin:

**Degré d'urgence:** Choisir dans le menu. **Status du patient:** Choisir dans le menu.

**Médecin(s) traitant(s) en ambulatoire (généraliste / cardiologue) :** Insérer texte ici.

**I. Motifs de l’examen IRM**

**Parmi la liste ci-dessous, choisissez la(les) indications(s) en question pour l'examen IRM (maximum 4):**

**Indication 1 Indication 2**

**Indication 3 Indication 4**

Informations complémentaires: Insérer texte ici.

**Indication(s) du test d'ischémie (maximum 4): *CAVE: Contrôler les contre-indications au verso***

**Indication 1 Indication 3**

**Indication 3 Indication 4**

A remplir par le CRMC:

RMC protocole:

Stress-Adénosine:

Stress-Dobutamine:

Date :

Registre :

Notes :

**II. Renseignements Généraux :** Poids (kg) : Insérer texte ici. Taille (cm) :Insérer texte ici.

a) Allergie au Gadolinium**:** oui/non. Préciser effet: Insérer texte ici.

b) Fonction rénale: Créatinine: Insérer valeur ici. μmol/l (date: Entrer une date.)

Clearance à la créatinine calculée: Insérer valeur clearance

c) Pour Adénosine :

Maladie pulmonaire obstructive: Choisir dans le menu

d) Pour Dobutamine : Contre-indication.

**III. Données patient**:

ECG: Rythme: Choisir dans le menu. Bloc A-V: Choisir dans le menu. Bloc de branche: Choisir dans le menu.

Antécédents de troubles du rythme: Insérer texte ici.

Facteurs de risque cardio-vasculaires:

Diabète: Choisir dans le menu. HTA: Choisir dans le menu. Hypercholestérolémie: Choisir dans le menu.

Tabac: Choisir dans le menu. Anam. fam.: Choisir dans le menu.Arteriopathie périph.: Choisissez le menu.

Ischémie: Infarctus: oui/non. Date: Entrer une date. Territoire: Insérer texte ici.

Tropos: Insérer texte ici. ng/l. Date: Entrer une date. CK max: Insérer texte ici. U/l Date: Entrer une date.

Angor: Choisir dans le menu. Dyspnée: Choisir dans le menu.

Coronarographie: oui/non. Date: Entrer une date.

TC: sténose: Insérer % ici.% IVA: sténose: Insérer % ici.% Cx: sténose: Insérer % ici.% CD: sténose: Insérer % ici.%

Revascularisation: oui/non. Date: Entrer une date. Type:Choisir dans le menu.

Description revascularisation: Insérer texte ici.

Fonction cardiaque: FEVG Insérer texte ici.% par Choisir dans le menu. Date: Entrer une date.

Valvulopathie: oui/non Atteinte significative: oui/non Préciser laquelle :Insérer texte ici.



**Complément d’information clinique:**

Insérer texte ici.

Veuillez joindre les rapports des examens pertinents si disponibles (par exemple lettre de sortie, etc.)

**Lire attentivement ce qui suit !!**

#### Préparation à l’examen

a) IRM de perfusion à l’Adénosine : le jour de l’examen

Pas de caféine/théine (p.e. pas de café, thé, coca cola, red-bull, etc).

Pas de médicaments (sauf immunosuppresseurs, antidiabétiques oraux/insuline, antiépileptiques)

Si le patient est ambulatoire, il prend ses médicaments avec lui

b) IRM de stress sous Dobutamine : le jour de l’examen

Pas de béta-bloqueurs

**Contre-indications à l’IRM :**

* Stimulateur cardiaque (sauf « MRI-compatible »), défibrillateur
* Implant cochléaire
* Neurostimulateur (sauf si autorisé par le constructeur)
* Eclat métallique dans l’œil et le cerveau
* Clip métallique intracérébral
* Valve de Starr métallique

**Autres précautions (nous informer svpl.)**

* Patient claustrophobe : oui/non.
  + Si oui, peut-il prendre l'ascenseur seul ? oui/non.
* Pompe sous-cutanée à médicament – ex : insuline :  oui/non.
* Eclat métallique dans le corps : oui/non.
* Patiente enceinte: oui/non.

#### En cas de questions

#### Numéro PRONTO du CRMC: 021/314 5566

#### Prière de contacter : Prof. J. Schwitter 021/314 0015  BIP interne : 079/55 68 327

Secrétariat 021/314 0012

PD Dr. X. Jeanrenaud 021/314 0051  BIP interne : 079/55 65 804

Dr. P-G. Masci BIP interne : 079/55 64 863

Dr. P. Monney BIP interne : 079/55 67 641

Drsse. G. Vincenti BIP interne : 079/55 61 560

* Mentionner si l’examen a été discuté avec un des médecins ci-dessus : Choisir un médecin
* Pour la lecture : « CMR Update » un petit livre illustrant toute la RM cardiaque

Site Web : www.herz-mri.ch

# Après avoir rempli tous les points ci-dessus, veuillez imprimer ce formulaire, le signer et l’adresser par fax au service de radiologie (021/314 44 45) ou le déposer au desk de radiologie au BH - 07

