

## Pôle MEDITECH

Chef de pôle  
Mme BONADIES  
Chef de service  
Dr IVANESCU

## Imagerie Médicale

Dr Naoufel IRAQI  
Dr Ana Maria IVANESCU

### Consultations Externes

Cadre de Santé  
Tel. 04.66.49.47.41  
Secrétariat Radiologie  
Tel. 04.66.49.49.14  
Fax. 04.66.49.59.66  
secce.radiologie@ch-mende.fr  
Secrétariat IRM  
Tel. 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, pour répondre au problème diagnostique que se pose votre médecin. Toutefois, il se peut que cet examen ne donne pas toutes les réponses.

**Il est impératif que vous répondiez bien aux documents ci-joints et que vous nous les retourniez dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :**

**Hopital Lozère  
Service d'imagerie  
Avenue du 8 mai 1945  
48000 – MENDE**

**ou par fax : au 04.66.49.59.93 ou par mail à l'adresse suivante :**

**secretaireirm@ch-mende.fr  
secce.radiologie@ch-mende.fr**

- le questionnaire médical dûment complété
- le questionnaire administratif dûment complété
- le consentement de TELERADIOLOGIE dûment complété
- l'ordonnance du médecin prescripteur avec indication clinique
- Eventuellement, la copie du / ou des compte rendus de vos précédents examens déjà réalisés
- La liste écrite des médicaments que vous prenez
- Une copie de votre attestation de carte vitale
- Une copie de votre carte mutuelle
- Une copie de la pièce d'identité ou carte de séjour

**Une fois votre dossier complet reçu, le secrétariat IRM vous contactera pour programmer le rendez-vous.**

**N'oubliez pas de vous munir de vos anciens examens le jour du rendez-vous pour une comparaison et surtout de respecter les recommandations qui vous sont faites.**

### **L'IRM n'utilise pas de rayon X**

**C'est un examen non irradiant qui utilise les propriétés des champs magnétiques. Pour les intensités utilisées par cette technique, il n'a jamais été décrit de conséquence particulière pour l'homme.**

## CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE

### Pôle MEDITECH

Chef de pôle  
Mme BONADIES  
Chef de service  
Dr IVANESCU

### Imagerie Médicale

Dr Naoufel IRAQI  
Dr Ana Maria IVANESCU

### Consultations Externes

Cadre de Santé  
Tel. 04.66.49.47.41  
Secrétariat Radiologie  
Tel. 04.66.49.49.14  
Fax. 04.66.49.59.66  
secce.radiologie@  
ch-mende.fr  
Secrétariat IRM  
Tel. 04.66.49.59.60  
Fax. 04.66.49.59.93  
secce.irm@ch-mende.fr

#### - **A apporter le jour de l'examen :**

Le ou les dossiers radiographiques déjà en votre possession (radiographies, échographies, scanner, IRM ...).

Tous vos résultats d'analyse de sang.

#### - **Le jour de l'examen :**

Passer au Bureau des Entrées pour vous enregistrer.

Ne mettez pas vos bijoux, épingles à cheveux ce jour-là (métal)

Repas précédent léger.

Il est important de ne pas vous maquiller, de ne pas mettre de fond de teint ou crème (car certains cosmétiques contiennent du métal).

#### - **Juste avant l'examen :**

Pour être plus à l'aise, il est conseillé, sauf indication contraire, d'aller aux toilettes.

#### - **Pendant l'examen :**

Suivez attentivement les indications qui vous seront données, votre coopération est essentielle pour que les images ne soient pas floues.

Si vous ressentiez une douleur lors de l'injection, il faut la signaler immédiatement.

#### - **Après votre retour à domicile :**

Dans l'immense majorité des cas, vous ne ressentirez rien de particulier. N'hésitez pas cependant à signaler à l'équipe tout évènement qui vous paraîtrait anormal.

## LES RESULTATS

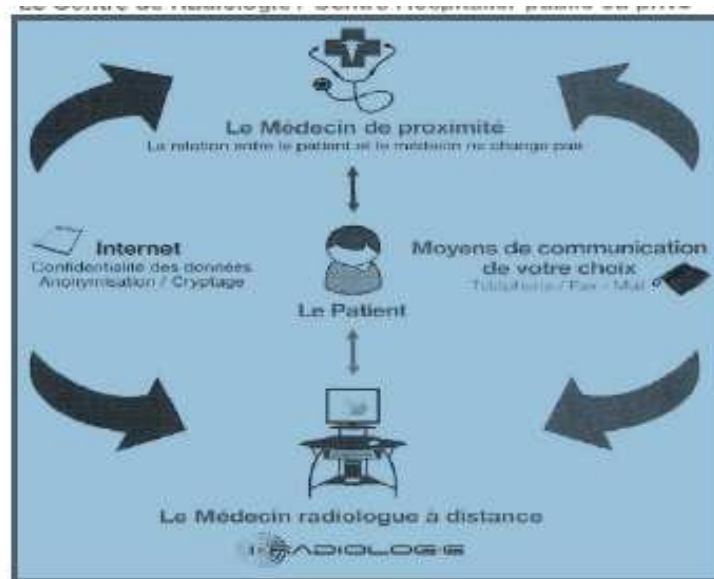
- Le dossier imagerie (CD + images) vous sera remis lors de votre départ.

- Le compte rendu sera envoyé à votre domicile dans les meilleurs délais.

**AVANT TOUT DE QUOI PARLE-T-ON ?**

Il s'agit de la possibilité pour votre radiologue d'interpréter votre examen à distance (dans un autre lieu que celui où il a été réalisé). La transmission des informations se fait de manière sécurisée, et dans le respect des exigences du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Haute Autorité de Santé. La plateforme informatique utilisée (Expertise Radiologie) fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (N° 127 70 49).

**Le centre de Radiologie / Centre Hospitalier public ou privé**



**COMMENT CELA SE PASSE-T'IL ?**

Prenons un exemple concret : vous passez un scanner de la tête pour une sinusite (scanner des sinus).

- 1 – A la prise du rendez-vous, vous êtes informé que celui-ci sera interprété par un radiologue à distance, vous connaîtrez son nom et les moyens de le contacter si besoin. Ce radiologue exerce en France ou à Monaco, il est inscrit à l'Ordre des Médecins.
- 2 – Le jour de votre examen, vous serez accueilli par l'équipe habituelle, un médecin de proximité assurera votre sécurité et vous passerez votre examen dans des conditions normales.
- 3 – Vous n'aurez pas à attendre les résultats, vous pourrez partir immédiatement.
- 4 – Votre examen est envoyé de manière sécurisée (https et SSL) par internet à votre radiologue distant (téléradiologue) qui en réalise l'interprétation.
- 5 – votre résultat sera disponible auprès de votre radiologue 24 à 48 heures après.

Consultations Externes

Cadre de Santé  
Tel. 04.66.49.47.41  
Secrétariat Radiologie  
Tel. 04.66.49.49.14  
Fax. 04.66.49.59.66  
secce.radiologie@ch-mende.fr  
Secrétariat IRM  
Tel. 04.66.49.59.60  
Fax. 04.66.49.59.93  
secce.irm@ch-mende.fr

## CONSENTEMENT PATIENT

### ***MAIS DOCTEUR ...***

#### **Pôle MEDITECH**

Chef de pôle  
Mme BONADIES  
Chef de service  
Dr IVANESCU

#### **Imagerie Médicale**

Dr Naoufel IRAQI  
Dr Ana Maria IVANESCU

#### Consultations Externes

Cadre de Santé  
Tel. 04.66.49.47.41  
Secrétariat Radiologie  
Tel. 04.66.49.49.14  
Fax. 04.66.49.59.66  
secce.radiologie@ch-mende.fr  
Secrétariat IRM  
Tel. 04.66.49.59.60  
Fax. 04.66.49.59.93  
secce.irm@ch-mende.fr

#### ***- Quel est mon intérêt ?***

Le téléradiologue sera un spécialiste reconnu de votre maladie ou de l'organe concerné.

Une optimisation de vos rendez-vous : délais raccourcis, utilisation des dernières technologies.

Votre médecin pourra prendre connaissance des résultats dès que l'interprétation sera faite.

Un temps plus court dans nos locaux au moment de la réalisation de votre examen. Les téléradiologues sont reliés entre eux et peuvent s'entre aider sur les cas complexes.

#### ***- Serai-je en sécurité ?***

Votre sécurité est la priorité, elle sera scrupuleusement respectée notamment en cas d'injection de produit de contraste. Un médecin sera toujours proche de vous.

Dans tous les cas, les mêmes règles éthiques, de sécurité et de confidentialité seront respectées.

Dans de rare cas, il est possible que le téléradiologue en charge de votre examen demande un bilan complémentaire afin d'affiner le diagnostic.

#### ***- Pourquoi développer ces techniques ?***

Pour essayer de maintenir des délais acceptables dans vos rendez-vous malgré une diminution du nombre des médecins installés près de chez vous.

Pour pouvoir mieux utiliser les horaires de certaines machines comme l'IRM.

D'une façon générale, pour maintenir l'accès à des soins de qualité dans des zones où la densité médicale est faible.

#### ***- Je ne vous verrai plus ?***

Le centre où vous avez fait votre examen reste à votre disposition et le téléradiologue ayant interprété votre examen est joignable par vous-même ou par votre médecin traitant.

#### ***- Aurai-je le choix ?***

Cette méthode ne peut en aucun cas vous être imposée ! C'est votre choix le plus strict de refuser et ce sera toujours un choix respectable et respecté.

De même que votre médecin pourra utiliser son accès internet pour voir votre examen ou au contraire ne rien changer à ses habitudes.

---

**Pôle MEDITECH**

Chef de pôle  
Mme BONADIES  
Chef de service  
Dr IVANESCU

**Imagerie Médicale**

Dr Naoufel IRAQI  
Dr Ana Maria IVANESCU

---

Consultations Externes

Cadre de Santé  
Tel. 04.66.49.47.41  
Secrétariat Radiologie  
Tel. 04.66.49.49.14  
Fax. 04.66.49.59.66  
secce.radiologie@  
ch-mende.fr  
Secrétariat IRM  
Tel. 04.66.49.59.60  
Fax. 04.66.49.59.93  
secce.irm@ch-mende.fr

***POUR CONCLURE***

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé un examen radiologique. Il sera pratiqué avec votre consentement par téléradiologie. Vous avez, en effet, la liberté de l'accepter ou de le refuser. Une information vous est fournie ci-dessus sur le déroulement de l'examen et de ses suites.

Le médecin radiologue et son confrère distant sont qualifiés pour juger de l'utilité de cet examen pour répondre au problème diagnostique que se pose votre médecin.

Toutefois, il se peut que cet examen ne donne pas toutes les réponses. Il est très important que vous répondiez bien aux questions qui vous seront éventuellement posées sur votre état de santé ainsi que sur les médicaments que vous prenez (liste écrite des médicaments).

Certains traitements doivent, en effet, être modifiés ou interrompus pour certains examens d'imagerie.

N'oubliez pas de vous munir de vos anciens examens pour une comparaison et surtout de respecter les recommandations qui vous sont faites.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Nom et Prénom du patient :

Date :

Signature du patient ou du représentant légal :

**DOCUMENT A CONSERVER PAR LE CENTRE D'IMAGERIE DE L'HOPITAL  
LOZERE APRES SIGNATURE PAR LE PATIENT**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS IRM

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

**(entourer la bonne réponse SVP merci)**

NOM : \_\_\_\_\_ NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ sexe : F / M

### 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 traitement pour une éventuelle prémédication

Appareil dentaire : OUI / NON 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 \_\_\_\_\_ 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 (pour les mineures, signature des parents)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### - CONSULTATION EXTERNE ET/OU HOSPITALISATOIN -

**vous allez être hospitalisé ou venir en consultation programmée à l'Hopital Lozère, VEUILLEZ COMPLETER OBLIGATOIREMENT ET NOUS RETOURNER RAPIDEMENT CE DOCUMENT**

DATE DE L'EXAMEN :

Horaire de l'examen :

SERVICE :

*venir impérativement 1/2 heure avant*

NOM MARITAL DU PATIENT : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

SITUATION DE FAMILLE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE PORTABLE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

N° DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_ CAISSE : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ MEDECIN PRESCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

#### SI PATIENT MINEUR OU PROTEGE: IDENTITE DU PARENT QUI ASSURE OU TUTEUR OU PERSONNE EN RELATION

LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_

TUTEUR : OUI NON si oui mesure de protection juridique \_\_\_\_\_

NOM MARITAL OU ORGANISME DE TUTELLE : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE PORTABLE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

#### **PIECES A FOURNIR PAR RETOUR DE COURRIER au bureau des entrées**

*soit par mail [be@ch-mende.fr](mailto:be@ch-mende.fr) soit par fax au 04.66.49.88.02 soit par courrier*

*Hôpital Lozère - Bureau des entrées - avenue du 8 mai 1945 - BP 10 - 48001 MENDE CEDEX*

- Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour ou livret de famille)
- Copie de l'attestation de droit de sécurité sociale actualisée et non copie de la carte vitale
- Copie de la carte mutuelle de l'année en cours