



SERVICE IRM BELLEDONNE
83 Avenue Gabriel Péri
38400 SAINT MARTIN D'HERES
www.radiologiebelledonne.fr

TEL : 04 76 54 01 01
FAX : 04 76 54 92 61

Date de la demande :

Date d'examen :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. fixe ou Tél portable :

Adresse email :

Poids :

Patient valide

Patient en fauteuil

Patient en lit (ne se lève pas)

IDENTIFICATION MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Adresse ou Service :

Tél. :

REGION A EXAMINER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Tournez S.V.P. →

**MERCI DE REpondre ATTENTIVEMENT AUX QUESTIONS
SUIVANTES AFIN DE POUVOIR REALISER L'IRM EN TOUTE
SECURITE.**

| | OUI (DATE) | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Pace maker /Défibrillateur cardiaque implantable** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valves Cardiaques** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent d'intervention intracrânienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clips Neurochirurgicaux** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valves de dérivation** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clips Vasculaires / Filtre Cave** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endoprothèse type STENT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurostimulateur** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pompe implantable (insuline, morphine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implant glycémie « FreeStyle LIBRE » | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Expandeur mammaire (prothèse temporaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grossesse en cours | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse orthopédique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Localisation : | | |
| Prothèse auditive (implant cochléaire**) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Corps étrangers métalliques (implant oeil, app orthodontie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Travailleur de métaux : (risque de paille de fer dans les yeux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Claustrophobie (angoisse dans un ascenseur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà fait une réaction allergique au produit de contraste injecté au cours d'un examen IRM ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI quel est le nom de ce produit : | | |
| Etes-vous asthmatique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date d'intervention(s) chirurgicale(s) sur la région examinée en IRM : | | |

Je soussignée Mr., Mme, Mlle.....certifie l'exactitude de ces renseignements et donne mon accord à la réalisation de l'examen IRM dans le service IRM Belledonne.

Fait à.....le.....**Signature du patient** :

**** : Fournir la carte, copie de la carte ou, CRD opératoire avec les
Références du matériel implanté (afin d'en vérifier la compatibilité avant
la réalisation de l'IRM)**