



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 ou Mme.....certifie l'exactitude de ces renseignements et donne mon accord à la réalisation de l'examen IRM pour mon enfantdans 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)**