



IRM BELLEDONNE
83 Avenue Gabriel Péri
38400 SAINT MARTIN D'HERES

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

Dr AUBERGE Dr AYANIAN Dr BITTIGHOFFER Dr DELALU Dr ROUSSEAUX

Date de la demande :

Date d'examen :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom / Prénom:

Date de naissance :

Adresse:

Tél. fixe :

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 EXPLORER

DIAGNOSTIC EVOQUE ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Tournez S.V.P. —>

**MERCI DE REpondre ATTENTIVEMENT AUX QUESTIONS
SUIVANTES AFIN DE POUVOIR REALISER L'EXAMEN EN
TOUTE SECURITE. NOUS RETOURNER CE FORMULAIRE
REPLI AVEC VOTRE ORDONNANCE SVP.**

	OUI si OUI DATE/ REFERENCES	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, autres médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expandeur mammaire (prothèse temporaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse en cours ou Allaitement	<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"/>
Allergie au produit de contraste utilisé en IRM (Gadolinium) (Réaction allergique modérée ou sévère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une insuffisance rénale ? modérée - sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 autorise la réalisation d'un examen IRM dans le
service IRM Belledonne pour mon enfant:

Nom.....Prénom.....

Fait à.....le.....Signature des parents :

****Fournir la lettre du chirurgien ou médecin assurant la compatibilité
avec un examen IRM**