



CENTRE
DE RADIOLOGIE
BELLEDONNE

www.radiologiebelledonne.fr

SERVICE IRM

83 Avenue Gabriel Péri
38400 Saint-Martin-D'Hères

TEL: 04 76 54 01 01

FAX: 04 76 54 92 61

accueil.irm@radiologiebelledonne.fr

DEMANDE EXAMEN IRM POUR MINEUR

Date de la demande:

Date attendue d'examen:

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom / Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone fixe ou portable:

Email:

Poids:

Patient(e) valide

Patient(e) en fauteuil

Patient(e) en lit
(ne se lève pas)

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom:

Adresse ou Service:

Téléphone:

REGION ANATOMIQUE A EXPLORER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT A REMPLIR ET SIGNER OBLIGATOIRE AVANT IRM

**MERCI DE RÉPONDRE ATTENTIVEMENT AUX QUESTIONS SUIVANTES AFIN
DE POUVOIR RÉALISER L'EXAMEN IRM EN TOUTE SÉCURITÉ**

	OUI (préciser date)	NON
Pacemaker / Défibrillateur cardiaque implantable** :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valves Cardiaques** / Holter :	<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"/>
<i>Localisation de la prothèse :</i>	
Prothèse auditive (implant cochléaire**) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps étrangers métalliques (implant œil, etc... <u>à l'exception des appareils dentaires</u>) :	<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 :	
Avez-vous une insuffisance rénale sévère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date d'intervention(s) chirurgicale(s) sur la zone à examiner en IRM :	

Je soussigné·e, Mr / Mme / Mlle.....
certifie l'exactitude de ces renseignements et donne mon accord à la réalisation de l'examen
IRM pour mon enfantdans le service IRM du Centre de
Radiologie Belledonne.

Fait à.....Le..... **Signature du parent :**

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