



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

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** :	☐	☐
Valves Cardiaques** / Holter :	☐	☐
Antécédent d'intervention intracrânienne :	☐	☐
Clips neurochirurgicaux** :	☐	☐
Valves de dérivation** :	☐	☐
Clips vasculaires / Filtre cave** :	☐	☐
Endoprothèse type STENT :	☐	☐
Neurostimulateur** :	☐	☐
Pompe implantable (insuline, morphine) :	☐	☐
Implant glycémie « FreeStyle LIBRE » :	☐	☐
Expandeur mammaire (prothèse temporaire) :	☐	☐
Grossesse en cours :	☐	☐
Prothèse orthopédique :	☐	☐
<i>Localisation de la prothèse :</i>		
Prothèse auditive (implant cochléaire**) :	☐	☐
Corps étrangers métalliques (implant œil, etc... <u>à l'exception des appareils dentaires</u>) :	☐	☐
Travailleur de métaux (risque de paille de fer dans les yeux) :	☐	☐
Claustrophobie (angoisse dans un ascenseur) :	☐	☐
Avez-vous déjà fait une réaction allergique au produit de contraste injecté au cours d'un examen IRM ?	☐	☐
<i>Si OUI quel est le nom de ce produit :</i>		
Avez-vous une insuffisance rénale sévère ?	☐	☐
Êtes-vous asthmatique ?	☐	☐
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 dans le service IRM du Centre de Radiologie Belledonne.

Fait à.....Le..... **Signature du/de la patient·e:**

**** : 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)**