



DEMANDE D'EXAMEN

A retourner soit
par fax : 05.61.03.33.38
par mail : gie.irm09@chi-val-ariege.fr

Identification du Patient :

. Nom, prénom.....
. Adresse
. Date de naissance.....Téléphone.....
. Médecin prescripteur.....Poids.....

Motif de l'examen :

. Région à explorer.....
. Renseignements cliniques

A LIRE ET A COMPLETER IMPERATIVEMENT AVANT L'EXAMEN

Les matériels ou situations suivantes peuvent présenter un risque pour le patient ou gêner la réalisation de l'examen.

Le patient est-il porteur des matériels suivants (*entourez la bonne mention*) :

- | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Pile cardiaque (pacemaker) ou stimulateur cardiaque, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Valve cardiaque ou matériel endo-vasculaire (stent, filtre cave), | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Diabétique (pompe à insuline), | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Insuffisance Rénale, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Insuffisance Hépatique, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Clips neurochirurgicaux (intervention sur le cerveau), | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Corps étranger dans l'œil, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Projectiles métalliques (éclats métalliques, d'obus, balles, ou anciens), | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Agrafes et sutures métalliques, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Valve dérivation ventriculaire, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Travailleur de métaux, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Matériel d'ostéosynthèse, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Prothèse articulaire, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Prothèse auditive ou dentaire (sauf plombage), | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Grossesse, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Claustrophobie, | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| - Allergie. | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

ATTENTION – DANGER

Le port d'une pile (pacemaker), d'une valve cardiaque ou de tout autre élément contenant du FER notamment près des yeux ou dans la tête constitue un risque majeur (risque de décès, de cécité)

Date de la demande :

Signature du médecin prescripteur

Signature du patient

Le jour de l'examen n'oubliez pas d'apporter :

- ✓ La carte vitale
- ✓ L'ordonnance et/ou la lettre de votre médecin
- ✓ Le dossier radiographique, s'il est en votre possession, concernant la maladie pour laquelle votre médecin a demandé l'IRM (radiographies, échographies, scanners, IRM antérieures)