



**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.**

	<b>OUI si OUI DATE/ REFERENCES</b>	<b>NON</b>
<b>Pace maker/Défibrillateur cardiaque implantable**</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valves Cardiaques**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antécédent d'intervention intracrânienne</b>	<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 <b>STENT</b>	<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"/>
<b>Expandeur mammaire (prothèse temporaire)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grossesse en cours ou Allaitement</b>	<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"/>
<b>Corps étrangers métalliques</b> (implant oeil, app orthodontie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Travailleur de métaux</b> : (risque de paille de fer dans les yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Claustrophobie</b> (angoisse dans un ascenseur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie au produit de contraste utilisé en IRM (Gadolinium) <b>(Réaction allergique modérée ou sévère)</b>	<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 donne mon accord à la réalisation de l'examen IRM dans le service IRM Belledonne.

Fait à.....le.....Signature du patient :

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