



SERVICE IRM BELLEDONNE
83 Avenue Gabriel Péri
38400 SAINT MARTIN D'HERES
www.radiologiebelledonne.fr

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

Date de la demande :

Date d'examen :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Tél. fixe ou 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 EXAMINER

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Tournez S.V.P. —→

**MERCI DE REpondre ATTENTIVEMENT AUX QUESTIONS
SUIVANTES AFIN DE POUVOIR REALISER L'IRM EN TOUTE
SECURITE.**

	OUI (<u>DATE</u>)	NON
Pace maker /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 : Localisation :	☐	☐
Prothèse auditive (implant cochléaire**)	☐	☐
Corps étrangers métalliques (implant oeil, app orthodontie)	☐	☐
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 ?	☐	☐
Si OUI quel est le nom de ce produit :		
Etes-vous asthmatique ?	☐	☐
Date d'intervention(s) chirurgicale(s) sur la région examinée en IRM :		

Je soussignée Mr ou Mme.....certifie
l'exactitude de ces renseignements et donne mon accord à la réalisation de l'examen
IRM pour mon enfantdans le service IRM Belledonne.
Fait à.....le.....**Signature du patient** :

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