



100 Route de Moval - CS 10499 Trévenans - 90015 Belfort Cedex

Reçu le :

Rendez-vous le :

**Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale**

Téléphone : 03 84 98 28 20 Fax : 03 84 98 28 29 Mail : [imagerie.secr@hnfc.fr](mailto:imagerie.secr@hnfc.fr)

<b>Dr H-P. LEVEQUE</b> Praticien Libéral Chef de service	<b>Dr J. JEHL</b> Praticien Hospitalier	<b>Dr R. KOVACS</b> Praticien Hospitalier	<b>Dr G. NEDECZKY</b> Praticien Attaché
<b>Dr C. POPESCU</b> Praticien Contractuel	<b>Dr S. ROSSIER</b> Praticien Contractuel	<b>Dr A. MOUMAN</b> Assistant Spécialiste	<b>Dr M. PELIN</b> Assistant Spécialiste
<b>Dr A. DOLL</b> Praticien Libéral		<b>Dr A. RICQUART-VANDAELE</b> Assistant Spécialiste	

## INFORMATION POUR EXAMEN IRM

### Patient

Nom et prénom : Sexe :  M  F  
Date de naissance : Poids : Taille :  
Adresse : Téléphone fixe :  
Téléphone portable :

### Prescripteur

Nom et prénom :  
Service :  
Adresse : Téléphone fixe :  
Téléphone portable :

### Médecin traitant (si différent du prescripteur)

Nom et prénom :  
Service :  
Adresse : Téléphone fixe :  
Téléphone portable :

### Information

**Il est demandé d'enlever tous les bijoux, piercings et de ne pas se maquiller les yeux.**

## Etat clinique du patient

	Oui	Non
☞ Valide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Claustrophobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Allergie au produit de contraste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui, préciser l'incident : .....		
☞ Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui, clairance de la créatinine : ..... Date : ..... / ..... / .....		
☞ Grossesse en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui, date du terme : ..... / ..... / .....		
☞ Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des questions particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		
.....		
.....		

## Antécédents pouvant contre-indiquer l'IRM

	Oui	Non
☞ Intervention chirurgicale dans les 6 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui, préciser : .....		
☞ Stimulateur cardiaque, défibrillateur implantable, pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui : Date et lieu de la pose : .....		
Référence du matériel : .....		
<b>Apporter la carte de référence</b>		
☞ Clips neurochirurgicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui : Date et lieu de la pose : .....		
Référence du matériel : .....		
☞ Autre implant, valve cardiaque, valve de dérivation ventriculaire, filtre cave, pompe à insuline ou à morphine, prothèse auditive, neurostimulateur, implant cochléaire, matériel d'ostéosynthèse, prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui : Date et lieu de la pose : .....		
Référence du matériel : .....		
<b>Apporter la carte de référence</b>		
☞ Corps étranger intra-orbitaire, autres corps étranger métallique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si oui, préciser : .....		
☞ Patient travailleur sur métaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous du maquillage permanent, tatouages, piercings, agrafes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous un appareil d'orthodontie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Merci d'apporter la copie du ou des comptes-rendus de vos précédents examens concernant la même zone à explorer.**

**Je reconnais avoir reçu et compris, préalablement à l'examen, des informations claires et précises quant à sa réalisation et les risques qui en découlent.**

Date : ..... / ..... / .....

Signature (précédée de « Lu et approuvé ») :