

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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) | | | | **Dr F. BOUZAIEN-HAMMAMI**  **Chef de service** | **Dr N. ACHOUR** | **Dr M. HAMMAMI** | | **Dr H. CHARPENTIER** | **Dr G. KORA** | | **Dr H. GUERMAZI-HAMZA** | **Dr H. PARDONNET** | | **Dr J. JEHL** | **Dr S. ROSSIER** | |  |  | |

**INFORMATION POUR EXAMEN IRM**

**Patient *(identité complète obligatoire)***

Nom : Sexe : 🞎 M 🞎 F

Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Téléphone :

Mail :

**Médecin traitant *(si différent du prescripteur)***

Nom :

Prénom : Ville :

***L’IRM est un examen présentant des contre-indications absolues.***

***Le questionnaire au verso est à compléter impérativement.***

**Etat clinique**

* Poids : Taille :

Oui Non

* Valide 🞎 🞎
* Claustrophobe 🞎 🞎
* Allergie au produit de contraste 🞎 🞎
* Si oui, préciser l’incident :
* Grossesse en cours 🞎 🞎
* Si oui, préciser la date du terme :
* Allaitement en cours 🞎 🞎

**Antécédents pouvant contre-indiquer l'IRM**

Oui Non

* Intervention chirurgicale dans les 6 dernières semaines ou prévue prochainement 🞎 🞎
* Si oui, préciser la date et l’intervention :
* Intervention cardiaque : si oui, préciser 🞎 🞎

🞎 défibrillateur implantable\* 🞎 pace-maker\* 🞎 stimulateur cardiaque\*

🞎 stent cardiaque 🞎 valve cardiaque\*

***\*Joindre impérativement la carte de référence à la fiche d’information***

* Autre implant : si oui, préciser 🞎 🞎

🞎 clips neurochirurgicaux 🞎 valve de dérivation ventriculaire\*

🞎 capteur Freestyle Libre 🞎 pompe à insuline ou à morphine

🞎 implant cochléaire 🞎 prothèse auditive

🞎 matériel d’ostéosynthèse 🞎 neurostimulateur\*

🞎 prothèse articulaire hanche 🞎 prothèse articulaire genou

🞎 filtre cave 🞎 prothèse oculaire

🞎 sonde nasogastrique 🞎 autre

***\*Joindre impérativement la carte de référence à la fiche d’information***

* Appareil dentaire : si oui, préciser 🞎 🞎

🞎 appareil d’orthodontie 🞎 barre de maintien 🞎 prothèse dentaire

* Corps étranger métallique : si oui, préciser 🞎 🞎

🞎 agrafe 🞎 piercing 🞎 autre

🞎 plaque, vis, clou : préciser la région

* Travailleur sur métaux 🞎 🞎

**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 »)