



DEMANDE D'EXAMEN

A retourner en joignant l'ordonnance soit

- ✓ par courrier : adresse en bas du document
- ✓ par mail : gie.irm09@chi-val-ariege.fr

. Nom, prénom..... Date de naissance...../...../.....

. Téléphone..... Poids.....kg Médecin prescripteur.....

. Région à explorer.....

. Pourquoi votre médecin a t'il prescrit cette IRM ?

.....
.....

⚠ 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).

• **Merci de retirer tout élément magnétique, métallique ou électronique** (clés, téléphone, BIJOUX, carte magnétique, Appareils auditifs et dentaires ...)

• **Merci de ne pas vous maquiller pour une IRM cérébrale.**

■ Etes-vous porteur d'une **pile cardiaque** ? (Pacemaker, défibrillateur...) OUI NON

■ Avez-vous reçu de la limaille de fer dans les yeux ? (Fraiseur, tourneur, soudeur....) OUI NON
Avez-vous reçu des éclats métalliques ? (obus, balle) OUI NON

■ Etes-vous diabétique ? OUI NON
Si oui, êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ou un capteur de glycémie (patch) ? OUI NON

■ Avez-vous une Insuffisance rénale et/ou hépatique connue(s) (Dialyse, myélome...) OUI NON

■ Avez-vous été opéré :
- Des oreilles ? (Prothèse cochléaire...) OUI NON
- Du cerveau ? (Clip anévrysmal, coil ... ?) OUI NON
- Du cœur ? (**Valve**, stent...) OUI NON
- Des yeux ? (Implant intra oculaire (sauf cataracte)) OUI NON
- Des vaisseaux (Stent,...) OUI NON

Si oui précisez

■ Etes-vous porteur d'une prothèse ? OUI NON
(Dentaire (sauf plombage), appareil auditif, prothèse articulaire, matériel ostéosynthèse, pénienne, plaque vertébrale, piercing)

Si oui précisez.....

■ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON
Allaitiez-vous ? OUI NON

■ Etes-vous claustrophobe ? OUI NON

■ Avez-vous des allergies sévères ? (Médicamenteuse, alimentaire, asthme...). OUI NON

Date et signature :

Le jour de l'examen n'oubliez pas d'apporter, si vous les avez en votre possession, vos anciens clichés radiographiques.