



CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE CLINIQUE DE L'ORANGERIE

29 allée de la Robertsau
67000 STRASBOURG

- Radiologie & échographie : de 8h à 18h du lundi au vendredi
 - Scanner : de 7h30 à 19h du lundi au vendredi
 - IRM : de 7h30 à 20h du lundi au vendredi, et de 7h30 à 12h le samedi
- PRISE DE RENDEZ-VOUS : N° UNIQUE **03 88 66 66 00**

DEMANDE D'EXAMEN IRM

QUESTIONNAIRE ET ORDONNANCE DU MÉDECIN À NOUS RENVOYER DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS

Selon votre convenance, par Fax au 03 88 24 73 59,
par Email. irm.orangerie@groupe-mim.fr
ou à déposer au cabinet d'IRM

Rendez-vous le : **RdvDateDebut**

À **RdvHeureDebut**

Nom : PatientQualite PatientNom

Prénom : PatientPrenom

Né(e) le : PatientNaissance

Taille : _____ (à remplir obligatoirement)

Poids : _____ (à remplir obligatoirement)

Adresse : PatientAdresse

Code postal : PatientCodePostal

Ville : PatientVille

Port. Ou bureau : PatientCellulaire

Tél. : PatientTel

Email. : PatientEmail

RÉGION À EXPLORER : **RdvExamen**

Médecin prescripteur : MedCorNom MedCorPrenom

Cadre réservé au secrétariat

QUESTIONNAIRE

Votre médecin vous a prescrit une IRM. **Cet examen n'est pas anodin et nécessite certaines vérifications.** Ce questionnaire a pour but de rechercher d'éventuelles contre-indications à cet examen. C'est pourquoi, il est indispensable de répondre à toutes les questions et de nous le renvoyer dans les plus brefs délais.

Injection de produit de contraste (gadolinium)	Oui	non
Avez-vous déjà passé une IRM avec une injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>L'avez-vous bien tolérée ? (si, non, veuillez nous contacter)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous porteur :	Oui	non
D'un pace-maker (pile cardiaque), d'une valve cardiaque, holter implantable défibrillateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un implant cochléaire ou neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un corps étranger métallique dans votre corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si prothèse articulaire, vis, plaque, broche ou stent, merci de le préciser ci-dessous</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Corps étranger</i>	<i>Emplacement</i>	<i>Année</i>

D'une pompe à insuline, à morphine (<i>si dispositif de surveillance de la glycémie de type patch FREESTYLE, à retirer pour l'examen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une prothèse oculaire, auditive ou dentaire, appareil d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une valve de dérivation ventriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous travailleur (ou bricoleur) dans les métaux, soudeurs, etc. ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des éclats de métal dans les yeux ? (même anciens ou retirés, il est IMPORTANT de nous le SIGNALER avant la date de l'examen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous insuffisant rénal ? Si oui, êtes-vous dialysé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Merci de retirer impérativement avant votre passage en salle d'examen :

Prothèses auditives, montre, bijoux, piercing, clefs, téléphone, pièces de monnaie, cartes magnétiques.

En cas d'examen de la tête, il est important **d'éviter de se maquiller.**

Le service IRM est susceptible de vous contacter pour vous communiquer des consignes spécifiques.

Date :

Signature du patient (*obligatoire*)