



DEMANDE D'EXAMEN IRM

A retourner au secrétariat de l'IRM du Grésivaudan pour la programmation de votre examen

Remplir ce formulaire avant votre rendez-vous est nécessaire pour votre sécurité et pour l'efficacité de l'examen. **Les rubriques * sont obligatoires.** Merci de votre compréhension.

Vous pourrez l'envoyer par messagerie électronique (IRM@radiologie-gresivaudan.fr), par fax (04 76 33 14 50) ou par courrier postal (IRM du Grésivaudan, 233 rue Henri Fabre, 38920 Crolles).

PATIENT

Nom du patient*:

Prénom* :

Date de naissance*:

Poids:

kg

Taille :

cm

Adresse* :

Ville*:

Code Postal*:

Téléphone*:

email :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin*:

Prénom*:

Ville*:

Code postal ou
département :

Téléphone :

Fax :

Email :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remplir selon la prescription de votre médecin)

Organe à explorer* :

Côté :

Pourquoi fait-on l'examen ?* :

Lors de votre examen, apportez vos radiographies, échographies, scanners et IRM

IRM du Grésivaudan—233 rue Henri Fabre 38920 Crolles

Dr C. Alvarez - Dr O. Calaque – Dr D. Collomb - Dr JL Denies – Dr JL Gomez –
Dr K. Hussein – Dr B. Lecourtois – Dr V. Mortureux - Dr E. Movet- Dr S. Yakoub

Attention : pour votre sécurité, si cette fiche est mal renseignée ou incomplète, votre examen pourrait être annulé ou reporté. Nous vous demandons de la lire avec attention et de cocher « oui » ou « non » selon votre situation. En cas de difficultés, faites-vous aider par votre médecin, votre entourage, votre auxiliaire de vie, ou rendez vous dans votre cabinet de radiologie.

Interdictions formelles d'IRM

Une pile cardiaque (pacemaker, stimulateur) ou un défibrillateur cardiaque implantable	Oui	Non
Risque d'éclat ou objet métallique dans le corps, dans les yeux (Métiers de la métallurgie, de la soudure, éclats de balle, autre...) <i>En cas de réponse oui, et même si les éclats ont été retirés récemment ou il y a très longtemps, une radiographie des orbites (crâne) devra être réalisée et apportée le jour de l'examen</i>	Oui	Non

Interdictions relatives d'IRM

Clips ferromagnétiques (notamment si neurochirurgie avant 1990)	Oui	Non
Valve de dérivation cérébrale, avant 1990	Oui	Non
Implant cochléaire (appareillage auditif interne)	Oui	Non
Appareillage dentaire (prévoir de le retirer si possible)	Oui	Non
Prothèse, valves cardiaques, stent ou clip vasculaire... Année :	Oui	Non

Conditions particulières à signaler

Grossesse	Oui	Non
Allaitement	Oui	Non
Claustrophobie ou anxiété (<i>Prévoir prémédication auprès de votre médecin ou auprès du centre IRM si nécessaire</i>)	Oui	Non
Allergies * Oui Non Allergie grave (choc anaphylactique, œdème de Quincke) :		
Mobilité réduite	Oui	Non

Si plus de 50 ans, pour éventuelle injection de produit de contraste

Après 50 ans, faire réaliser moins de 3 mois avant l'IRM un dosage sanguin de la clairance de la créatinine (Créatinémie), pour vérification de la fonction rénale.

Validation

Dès la réception de cette demande, le secrétariat vous contactera dans les 48h ouvrables pour planifier votre examen.

Le patient, ou son représentant légal :

Nom* :

Prénom* :

Date * :

Signature, si envoi par fax ou courrier

«j'ai lu et pris connaissance de ce document, j'ai obtenu les réponses à mes questions »

Oui