

# IRM – Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud Gap / Sisteron

1, place Auguste Muret – 05007 GAP CEDEX

Tél : 04. 92. 40. 61. 18 / Fax : 04. 92. 40. 67. 74

Email : [imagerie@chicas-gap.fr](mailto:imagerie@chicas-gap.fr)

## DEMANDE D'EXAMEN – Consultation Externe-

**Madame, Monsieur**, votre médecin vous a prescrit un examen par **Résonance Magnétique**.

Cet examen n'est pas dangereux, mais nécessite quelques précautions et une préparation éventuelles.

**Une fiche d'information de la Société Française de Radiologie** est jointe à la présente pour vous l'expliquer.

Prenez-en connaissance, demandez éventuellement des précisions pour que tout soit bien clair auprès du secrétariat. **Un questionnaire** figure sur cette page auquel nous vous demandons de répondre.

Pour ce document, nous vous demandons de signer au bas de la page, et ensuite, de nous le renvoyer **avec la copie de l'ordonnance et/ou le courrier de votre médecin**. Dès que nous les aurons reçus, nous **fixerons ensemble** votre rendez-vous par téléphone.

Si vous avez une difficulté, appelez **le secrétariat**, qui vous renseignera et vous aidera.

Dans l'attente de votre courrier, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

<b>NOM :</b>	Adresse:
<b>Prénom :</b>	
Né(e) le :	Code Postal :
Taille :	Ville :
Poids:                      Kg	<b>Tel :</b>
	<b>Email :</b>

## QUESTIONNAIRE

	OUI	NON		OUI	NON
Etes-vous claustrophobe (peur d'être enfermé)			Portez-vous du matériel d'orthodontie <b>(Bagues dentaires)</b>		
Avez-vous un stimulateur cardiaque <b>(Pace Maker)</b> Date d'implantation :			Avez-vous une prothèse orthopédique Si oui, siège de celle-ci Date d'implantation		
Avez-vous des valves de dérivation			Etes-vous porteur d'un phéochromocytome ?		
Avez-vous subi une intervention intra-crânienne, clips neuro-chirurgicaux <b>si oui</b> joindre le compte rendu opératoire			Avez-vous une notion d'allergie : - à des médicaments - allergie au blé		
Portez-vous un neurostimulateur			Avez-vous une intolérance au lactose ?		
Avez-vous pu, dans votre métier, recevoir des éclats métalliques dans les yeux (fraiseur par ex.) même anciens ou retirés			Diabète ?		
Avez-vous une prothèse auditive			Portez-vous une pompe à insuline		
Avez-vous subi ou allez-vous subir une intervention chirurgicale d'ici moins de 6 à 8 semaines ?			Pour les dames, êtes-vous enceinte ou risquez-vous de l'être		

Madame, Mademoiselle, Monsieur ..... reconnaît avoir eu une information claire et suffisante, et donne son accord pour que l'examen demandé soit réalisé.

**Signature :**