

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

DEMANDE D'EXAMEN IRM - 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.

NOM :	Adresse:	PROTOCOLE (à remplir par le radiologue)
Prénom :		
Né(e) le :	Code Postal :	
Taille :	Ville :	
Poids: Kg	Tel :	
	Email :	

QUESTIONNAIRE

	OUI	NON		OUI	NON
Etes-vous claustrophobe (peur d'être enfermé)			Portez-vous du matériel d'orthodontie (Bagues dentaires)		
Au niveau cardiaque êtes-vous porteur : - Stimulateur (Pacemaker)? - Valves ? - Holter implanté ? autres ? Si oui : date d'implantation et joindre la carte de référence et le compte rendu opératoire.			<u>Avez-vous subi une intervention</u> : intra-crânienne, avec clips neuro-chirurgicaux, - Valve de dérivation neurologique ? - Portez-vous un neurostimulateur ? Si oui Joindre le compte rendu opératoire.		
Avez-vous pu, dans votre métier, recevoir des éclats métalliques dans les yeux (fraiseur par ex.) même anciens ou retirés.			Avez-vous une prothèse orthopédique Si oui, date et siège de celle-ci :		
Avez-vous subi ou allez-vous subir une intervention chirurgicale d'ici moins de 6 à 8 semaines ?			Avez-vous une notion d'allergie : - à des médicaments - allergie au blé		
			Avez-vous une intolérance au lactose ?		
Avez-vous une prothèse auditive ?			Etes-vous porteur d'un phéochromocytome ?		
Pour les dames, êtes-vous enceinte ou risquez-vous de l'être ?			Diabète		
			Portez-vous une pompe à insuline		

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

Signature :