

# 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 : irm@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.

|                                |                |   |
|--------------------------------|----------------|---|
| <b>NOM :</b>                   | Adresse:       | PROTOCOLE (à remplir par le radiologue) |
| <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> )   |     |     |
| Au niveau cardiaque êtes-vous porteur :<br>- Stimulateur (Pacemaker)?<br>- Valves ?<br>- Holter implanté ? autres ?<br><b>Si oui : date d'implantation et joindre la carte de référence et le compte rendu opératoire.</b> |     |     | <u>Avez-vous subi une intervention</u> :<br>intra-crânienne, avec clips neuro-chirurgicaux,<br>- Valve de dérivation neurologique ?<br>- Portez-vous un neurostimulateur ?<br><b>Si oui Joindre le compte rendu opératoire.</b> |     |     |
| 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<br>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 :<br>- à des médicaments<br>- 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 ou un récepteur à insuline cutané ?  |     |     |

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

**Signature :**