

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 – 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 : Prénom : Né(e) le : Taille : Poids : Kg	Adresse : Code Postal : Ville : Tel : Email :
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

QUESTIONNAIRE

	OUI	NON		OUI	NON
Etes-vous claustrophobe (peur d'être enfermé)			Portez-vous du matériel d'orthodontie (bagues dentaires)		
Avez-vous un stimulateur cardiaque (Pace Maker) 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 si oui 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 ?		
			Portez-vous une pompe à insuline		
Avez-vous une prothèse auditive			Pour les dames, êtes-vous enceinte ou risquez-vous de l'être		
Avez-vous subi ou allez vous subir une intervention chirurgicale d'ici moins de 6 à 8 semaines ?					

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

Signature :