



Centre de Radiodiagnostic et d'Imagerie Médicale

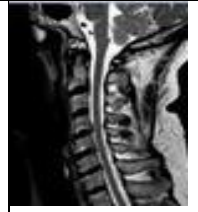
Dr Justin MARCHETTI - Dr Pierrick MORALES

Radiographie - Mammographie - Echographie - Doppler - Scanner - IRM

71, Avenue d'Angoulême - 16100 CHATEAUBERNARD

Tél.: 05.45.82.08.80 - Fax : 05.45.82.56.40

Email : secretaire@radiologie-cognac.com



NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphones Fixe / Portable :

Adresse Mail :

Nom du médecin traitant :

Taille :

Poids :

Mobilité réduite (fauteuil roulant, brancard) :

OUI NON

Ambulance prévue :

OUI NON

Votre médecin vous a prescrit un examen IRM. L'appareil permettant de réaliser cet examen est un aimant puissant. Cet examen ne peut être effectué dans notre service si vous êtes porteur d'un **PACEMAKER** ou d'un **DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE** implantable. Afin de pouvoir réaliser l'examen vous devez **IMPERATIVEMENT** nous signaler la présence de toute pièce métallique dans votre corps.

Il nous est nécessaire d'avoir les informations suivantes :

• Pacemaker, pile cardiaque, stimulateur cardiaque ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Valve cardiaque mécanique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Stents ? Si OUI, précisez les références et depuis quelle date? Afin d'adapter nos paramètres techniques pour une meilleure prise en charge	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Clip vasculaire cérébral, Valve de dérivation ventriculaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Système implantable de pompe ? (Pompe à insuline,..) date capteur :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Implant (cochléaire, oculaire, pénien) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Appareillage ou prothèse quelconque (dentaire ou autre) ? Si OUI, précisez :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Porteur d'éclat d'obus ou blessé par balle ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Porteur d'un bracelet électronique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans les métaux (fraiseur, soudeur, métallurgiste)? Si OUI, une radiographie des orbites est obligatoire.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques au niveau des yeux ? Si OUI, une radiographie des orbites est obligatoire.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Opération de moins de 2 mois ? Si OUI, précisez : Un délai de 6 semaines doit être respecté entre la date de l'intervention et l'IRM	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- Etes-vous claustrophobe ?
Nous pouvons vous proposer une prise en charge en amont de votre examen.
Seriez vous intéressé?

OUI NON
 OUI NON

POUR LES FEMMES UNIQUEMENT :

- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être?
- Allaitiez-vous ?
- Avez-vous un retard de règles ?
Si OUI, un test de grossesse est obligatoire avant l'IRM

OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

EN CAS D'INJECTION

- Avez-vous déjà eu une réaction allergique suite à un examen radiologique avec injection (boutons, démangeaisons, gonflement) ?

OUI NON

Des **fiches d'informations** concernant le déroulement de l'examen sont à votre disposition auprès du secrétariat. Merci d'en prendre connaissance.

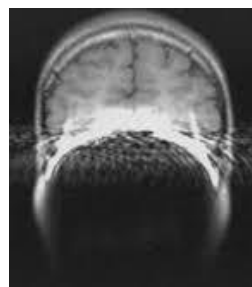
Une **injection intraveineuse de produit de contraste** peut être nécessaire pour la réalisation de votre examen. Elle est indolore et généralement bien tolérée. Cependant toute injection comporte un risque. Les inconvénients et les risques de l'injection sont les suivants :

- Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle le produit a été injecté peut s'observer. Elle disparaîtra rapidement en quelques jours.
- Une petite éruption transitoire peut être observée.
- Des complications imprévisibles (celles-ci restent exceptionnelles).

A retirer le jour de l'examen:

- Piercing
- Bijoux
- Appareil dentaire si métallique
- Appareil auditif

Exemple image IRM CRANE avec appareil orthodontie



NOM et Prénom :

A personnellement rempli cette fiche et assure avoir lu et compris le document et donne son accord pour la réalisation de l'examen.

Date et Signature :

Partie réservée au médecin radiologue :

- Examen annulé
- Examen réalisé sans injection
- BHCG demandé
- Examen préconisé :
- Examen reporté
- Informations nécessaires :
Date et signature du Radiologue