

GIE IRM TARENTEISE

139 RUE DU NANTET-73700 BOURG SAINT MAURICE

04/79/41/35/20

sec@irm-tarentaise.fr

DEMANDE D'IRM du ____ / ____ / ____.

**A remplir et transmettre obligatoirement au secrétariat lors de toute demande de rdv.
Dépôt par e-mail, sur le site irm-tarentaise.fr ou au secrétariat.**

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____ Tel : _____

Poids : _____ KG Taille : _____ M

Consultant externe

Valide - En fauteuil - En lit

Patient hospitalisé

Service demandeur : _____

N° chambre : _____

Valide - En fauteuil - En lit

ETIQUETTE CH

IRM demandée par : Docteur _____

Tel : _____ Degré d'urgence :

EXAMEN IRM - DEMANDE

- **Organe à explorer** : _____
- **Pathologie recherchée** : _____
- **Résumé clinique** : _____
- **Antécédents médicaux, chirurgicaux et / ou radiothérapeutiques concernant la pathologie à explorer** : _____
- **Résultats radiologiques récents** (*à ramener obligatoirement le jour de l'IRM*) : _____

LES CONTRE INDICATIONS – A remplir obligatoirement

• **Formelles** :

Pacemaker Oui Non

Clips ferromagnétiques (intracardiaques, intracrâniens, intravasculaires) Oui Non

Corps étranger métallique oculaire Oui Non

• **Relatives** :

Grossesse en cours Oui Non

Insuffisance rénale Oui Non

Chirurgie cardiaque (valves, stents, coils, filtres) Oui Non

Valves de dérivation, neuro-stimulateurs, pompes à insuline, autres Oui Non

Chirurgie digestive (anneau gastrique, autres) Oui Non

Implants cochléaires et/ou oculaires, autres Oui Non

Eclats et/ou prothèses métalliques Oui Non

Maquillage permanent Oui Non

Tatouage Oui Non

Piercing Oui Non

Faites-vous de la soudure métallique ou du meulage ? Oui Non

Signature du médecin demandeur/cachet :