**Date de la demande :**

 ***Tous champs non complétés invalideront la demande***

|  |
| --- |
| **Nom : Prénom :** **Date de naissance**: **Sexe :** [ ] M [ ]  F **Poids : kg Taille : m****Mail :** **Téléphone :** **Adresse :** |
| Mode de transport :[ ] Valide[ ] Fauteuil[ ] Lit/Brancard | Grossesse :[ ] Oui, date :[ ] NonβHCG : [ ]  + [ ]  -Allaitement : [ ]  Oui [ ] Non | Suspicion de maladie infectieuse :[ ] Non[ ] Oui :  |
| Particularité à signaler :  |

|  |
| --- |
| **Histoire clinique :****Rapporter la dernière IRM pour comparaison :**  |
| **Examen demandé :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Cérébrale[ ] CAI[ ] Rachis cervical[ ] Rachis lombaire[ ] Rachis/Moelle à préciser :  | [ ] Sein [ ]  DROIT [ ] GAUCHE[ ] Bili IRM [ ] Pancréas[ ] Hépatique [ ] Entéro IRM [ ] Hémochromatose[ ] Pelvis féminin[ ] Prostate[ ] Rectum | [ ] Epaule[ ] Coude [ ]  DROIT [ ] Hanche ou[ ] Genou [ ] GAUCHE[ ] Cheville[ ] Articulaire à préciser : |
|  [ ]  Autres à préciser :  |
| Avec injection : [ ]  OUI [ ] NON | Créatininémie : µmol/l Clairance : ml/min |

 |
| **Finalité de l’examen (question(s) posée(s)) :** |

 ***Tous champs non complétés invalideront la demande***

Nom et signature

TSVP

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance**: **Sexe :** [ ] M [ ]  F

|  |
| --- |
| CONTRE INDICATIONS ABSOLUES |
| Pile cardiaque, défibrillateur cardiaque (Pace Maker, stimulateur cardiaque) |  [ ] Oui [ ]  Non |
| *Avez-vous déjà soudé ou meulé des métaux ?**Si oui: Prévoir une radiographie des orbites !!!* |  [ ] *Oui* [ ]  *Non**Date :*  |
|  Eclats métalliques intra orbitaires (résultat de la radiographie) |  [ ] Oui [ ]  Non |
| Implant cochléaire |  [ ] Oui [ ]  Non |
| Valve cardiaque métallique ancienne (avant 1980) dite valve de STARR |  [ ] Oui [ ]  Non |
| Neurostimulateur |  [ ] Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| CONTRE INDICATIONS RELATIVES |
| Valves cardiaques mécaniques, coils, stents | [ ] Oui [ ] Non | Référence : Date :  |
| Prothèse intravasculaire, Filtre cave  | [ ] Oui [ ] Non | Référence : Date :  |
| Clips chirurgicaux (vasculaires, cérébraux,…)  | [ ] Oui [ ] Non | Date :  |
| Valves cérébrales de dérivationstype SOPHY | [ ] Oui [ ] Non | Référence :  |
| Chambre implantable | [ ] Oui [ ] Non | Date :  |
| Pompe médicale (morphine, insuline,…) | [ ] Oui [ ] Non | *A enlever* |
| Matériel d’ostéosynthèse (plaques, broches, vis,…)Appareil d’orthodontie | [ ] Oui [ ] Non | Localisation : Date :  |
| Eclats métalliques (balle de revolver, éclat de coin, éclats d’obus…) | [ ] Oui [ ] Non | Localisation :  |
| Implant du cristallin fixé sur aimant | [ ] Oui [ ] Non |  |
| Tatouage | [ ] Oui [ ] Non | Localisation :  |
| Allergies | [ ] Oui [ ] Non | A quoi :  |
| Claustrophobe | [ ] Oui [ ] Non | Prémédication :  |
| Antécédents chirurgicaux autres : | [ ] Oui [ ] Non | Date :  |

**Pour les valves cardiaques, coils, stents, prothèse intravasculaire, filtre cave, valves cérébrales :**
Merci de rapporter le compte rendu opératoire et/ou la référence (carte).

**Pour les pacemakers ou défibrillateur cardiaque compatible à l’IRM :** se renseigner auprès de votre cardiologue pour pouvoir réaliser votre examen d’IRM dans un centre adapté.