**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 :  Non  βHCG :  +  -  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.