

DEMANDE d'IRM SECTEUR PRIVE

71 Avenue d'Angoulême 16100 CHATEAUBERNARD
Tél : 05.45.82.08.80 Fax : 05.45.82.56.40
Site : <http://radiologiecognac.com>
Email : secretaire@radiologie-cognac.com

A REMPLIR LISIBLEMENT POUR NOUS PERMETTRE DE PLACER VOTRE RDV DANS LES MEILLEURS DELAIS

Nom : Prénom :

Date de naissance : Poids et taille :

Adresse :

Tél fixe : Portable : eMail:

CONTRE-INDICATIONS, le patient est-il :

- | | | | |
|--|-----|-----|----------------------------|
| - Porteur d'un PACE MAKER : | oui | non | |
| - Enceinte : | oui | non | datation..... |
| - Porteur de corps étrange oculaire : | oui | non | |
| - A-t-il meulé ou fraisé des métaux : | oui | non | radio des orbites le |
| - Porteur de clip vasculaire (STENT ou autre) | oui | non | date et référence..... |
| - Porteur de clip intra-crânien : | oui | non | date et référence..... |
| - Porteur d'une valve cardiaque : | oui | non | date et référence..... |
| - Porteur d'une valve intra ventriculaire : | oui | non | date et référence..... |
| - Porteur d'implant intra-corporel : | oui | non | date et référence..... |
| - Insuffisant cardiaque : | oui | non | |
| - Insuffisant rénal : | oui | non | |
| - Hypertension artérielle : | oui | non | |
| - Diabétique : | oui | non | |
| - Allergique : | oui | non | |
| - Claustrophobe : | oui | non | |
| - Porteur de métal : prothèse auditive, piercing, appareil dentaire, prothèse oculaire, broche, agrafes ou autre, éclats d'obus, Pour les appareils d'orthodontie enlever les bagues et le fils dentaire | | | |

REGION A EXPLORER :

.....
.....
.....
.....

EXAMENS ANTERIEURS :

Scanner, date et résultat :

IRM, date et résultat :

Autres explorations :

Examen réalisé dans le cadre du parcours de soins : oui – non

Examen en ALD : oui – non

DATE :

NOM ET CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :