

**CENTRE D'IMAGERIE DE LA CLINIQUE DE COGNAC  
DR MORALES – DR DOBBELS**

**DEMANDE d'IRM SECTEUR PRIVE**

71 AVENUE D'ANGOULEME 16100 CHATEAUBERNARD

Tél : 05.45.82.08.80 Fax : 05.45.82.56.40

Site : <http://radiologiecognac.com>

Email : [secretaire@radiologie-cognac.com](mailto: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 fils métalliques dentaires ou autre, éclats d'obus, autre ..... |     |     |                            |

**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 :