


 HOSPITALISE

DEMANDE D'I.R.M.

 EXTERNE

☎ 04 95 29 95 95 - Fax 04 95 29 95 82 - ✉ sec.scanner@ch-ajaccio.fr

MEDECIN DEMANDEUR :

CONTACT :

Valide

Fauteuil

Brancard

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

TEL : ADRESSE :

@ :

INFORMATIONS SUR L'EXAMEN

EXAMEN DEMANDE :

INDICATION (renseignements cliniques et biologiques...) :

ANTECEDENTS (traumatisme, chirurgie etc...) :

CONTROLE DES CONTRE INDICATIONS

- ❖ Etes-vous porteur d'une pile cardiaque (pacemaker, stimulateur..) ? oui non
- ❖ Avez-vous travaillé sur les métaux et reçu de la limaille de fer dans les yeux ? oui non
- ❖ Etes-vous porteur d'une prothèse ou d'un implant (prothèse de hanche, appareil auditif ...) ? oui non
- ❖ Avez-vous été opéré du cœur ou des vaisseaux et êtes-vous porteur de matériel (valve, stent...) ? oui non
- ❖ Etes-vous porteur d'une valve de dérivation ventriculo-péritonéale ? oui non
- ❖ Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou tatouage il y a moins de 15 jours ? oui non
- ❖ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? oui non
- ❖ Etes-vous claustrophobe ? oui non

En cas d'injection :

- ❖ Etes-vous insuffisant rénal ? Etes-vous dialysé ? oui non
- ❖ Avez-vous un terrain allergique ? oui non Si oui veuillez préciser :

Créatinine : mg/l

Taille :
Poids :

PRECAUTIONS COVID-19

- ❖ Avez-vous présenté de la fièvre ces derniers jours ? oui non
- ❖ Avez-vous de la toux ou un essoufflement ? oui non
- ❖ Avez-vous présentez une perte d'odorat ou de goût récemment ? oui non
- ❖ Avez-vous des signes digestifs (diarrhée etc...) ? oui non
- ❖ Avez-vous été en contact avec une personne positive Covid-19 ? oui non
- ❖ Avez-vous été testé au Covid-19 ? oui non

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, veuillez prévenir le secrétariat.

Signature du patient

DATE DU RDV : /...../20...
HEURE DU RDV :

PROTOCOLE RADIOLOGUE :