



### DEMANDE D'I.R.M.

☎ 04 95 29 95 95 - Fax 04 95 29 95 82 - ✉ [sec.scanner@ch-ajaccio.fr](mailto:sec.scanner@ch-ajaccio.fr)

HOSPITALISE

EXTERNE

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..)                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Avez-vous travaillé sur les métaux et reçu de la limaille de fer dans les yeux                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous porteur d'une prothèse ou d'un implant (prothèse de hanche, appareil auditif ...)     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Avez-vous été opéré du cœur ou des vaisseaux et êtes-vous porteur de matériel (valve, stent...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous porteur d'une valve de dérivation ventriculo-péritonéale ?                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous porteur d'un capteur de glycémie ou d'une pompe à insuline ?                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou tatouage il y a moins de 15 jours ?             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?                                                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous claustrophobe ?                                                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous insuffisant rénal ?                                                                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Avez-vous un terrain allergique ?                                                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**MAQUILLAGE  
INTERDIT**

Si oui veuillez préciser : .....

#### PRECAUTIONS COVID-19

- |                                                                  |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ❖ Avez-vous de la toux ou de la fièvre ces derniers jours ?      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Avez-vous présenté une perte d'odorat ou de goût récemment ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Avez-vous été en contact avec une personne positive Covid-19 ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ❖ Etes-vous vacciné ?                                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Créatinine : mg/l

**Taille :**

**Poids :**

Nombre de doses ? .....