



Demande d'IRM dans le cadre de la Téléimagerie

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

Le recours à la télé imagerie est proposé afin de fournir un diagnostic spécialisé aux patients suite à la réalisation d'un examen ostéo-articulaire. Les radiologues du Réseau TeleDiag sont inscrits à l'Ordre des Médecins, exercent en France et répondent à toutes les obligations professionnelles, éthiques et déontologiques. La liste des radiologues du Réseau TeleDiag et leurs CV sont à votre disposition sur le site www.telediag.fr et le nom du radiologue ayant interprété votre examen à distance est systématiquement fourni.

MEDECIN DEMANDEUR :

CONTACT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TEL :

@ :

Adresse :

.....

IRM DU RACHIS

CERVICAL DORSAL LOMBAIRE

DOULEURS ? OUI NON

si oui INDIQUEZ LA LATERALITE : DROITE / GAUCHE

IRM OSTEO-ARTICULIARE

GENOU EPAULE COUDE
 CHEVILLE POIGNET

LATERALITE : DROIT / GAUCHE

DOULEURS ? OUI NON

INDICATION (blocage, limite de mouvement, paresthésies, fourmillements) :

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
- ❖ Etes-vous porteur d'un capteur de glycémie ou d'une pompe à insuline ? oui non
- ❖ Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou tatouage il y a moins de 15jours ? oui non
- ❖ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? oui non
- ❖ Etes-vous claustrophobe ? oui non

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 présenté une perte d'odorat ou de goût récemment ? oui non
- ❖ Avez-vous des signes digestifs (diarrhée etc...) ? oui non
- ❖ Avez-vous été vacciné ? oui non

Taille :

Poids :

Nombre de dose :