



### Demande d'IRM

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

HOSPITALISE

EXTERNE

MEDECIN DEMANDEUR : ..... DATE DEMANDE : ..... CONTACT : .....

Valide

Fauteuil

Brancard

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

TEL : .....

@ : .....

Adresse : .....

TAILLE : ..... Cm

POIDS : ..... Kg

DFG (si patient hospitalisé uniquement) : ..... mL/mn

### INFORMATIONS SUR L'EXAMEN

EXAMEN DEMANDE : .....

INDICATION (renseignements cliniques et biologiques...) : .....

ANTECEDENTS (traumatisme, chirurgie etc...) : .....

TRAITEMENTS (Diabète, hypertensions, thyroïdes ...) : .....

### 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 15jours ?              | <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 |
- Si oui veuillez préciser : .....**

**MAQUILLAGE  
INTERDIT**

### PRECAUTIONS COVID-19

- |  |                              |                              |                      |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| ❖ Avez-vous des symptômes Covid (fièvre, toux etc..) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | SI oui précisez..... |
| ❖ Avez-vous réalisé un test de moins de 48H?           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                      |