



# Demande d'IRM dans le cadre de la Téléimagerie

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

TAILLE : ..... Cm

POIDS : ..... Kg

### IRM DU RACHIS

CERVICAL       DORSAL       LOMBAIRE

DOULEURS ?  OUI     NON

si oui INDIQUEZ LA LATERALITE : DROITE / GAUCHE

### IRM OSTEO-ARTICULIARE

EPAULE     COUDE     POIGNET     MAIN  
 BASSIN     GENOU     CHEVILLE     PIED

LATERALITE : DROIT / GAUCHE    DOULEURS ?  OUI     NON

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

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

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

## 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 15 jours ?       oui       non
- ❖ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?       oui     non
- ❖ Etes-vous claustrophobe ?       oui     non

## PRECAUTIONS COVID-19

- ❖ Avez-vous des symptômes Covid (fièvre, toux etc..) ?       oui     non      Si oui précisez.....
- ❖ Avez-vous réalisé un test de moins de 48H ?       oui     non