



**RADIOLOGIE**  
**POMPIDOU**

GCS Imagerie Médicale de Périgueux – Service IRM PRIVEE  
80 AVENUE GEORGES POMPIDOU – 24000 PERIGUEUX  
Dr. LAILLOU Dr. BAILLE-BARRELLE Dr. MILOUDI  
Tel : 05.53.08.31.16 Fax : 05.53.54.73.58 Mail : [contact@radiologiepompidou.fr](mailto:contact@radiologiepompidou.fr)

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

Formulaire à envoyer à [contact@radiologiepompidou.fr](mailto:contact@radiologiepompidou.fr)

### IDENTITÉ DU PATIENT

Nom - Prénom : .....

Adresse complète : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse mail : .....

Date de Naissance : ..... POIDS : ..... TAILLE : .....

### MOTIF DE L'EXAMEN

Nom du médecin prescripteur : .....

Région à explorer : .....

Renseignements cliniques : .....

Diagnostics envisagés : .....

Antécédents chirurgicaux liés : ..... Dates : .....

**IMPORTANT** : les examens par Résonance Magnétique comportent un certain nombre de contraintes. Il est indispensable, pour qu'ils puissent être réalisés de façon correcte, que le questionnaire soit correctement rempli. Des indications incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquences un examen inutile, de mauvaise qualité, voire même être la cause d'accidents. Merci

### CONTRE-INDICATIONS

	OUI	NON				
Travailleur des métaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	Si oui : radio des orbites avant IRM		
Corps métallique intra-orbitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	Si oui : <b>IRM IMPOSSIBLE</b>		
PACE MAKER (pile cardiaque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	Si oui : nous contacter		
Patiente enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	Si oui : IRM non réalisable sauf pelvimétrie		
Valve Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	}	Si oui : merci de nous <u>transmettre les références du matériel</u> avec le présent formulaire en vue d'en vérifier la compatibilité IRM		
Neurostimulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pompe électronique implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Implant magnétique cochléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Valve de Dérivation Ventriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Appareil dentaire amovible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	}	Si oui : ceux-ci seront retirés pour la réalisation de l'examen		
Appareil auditif amovible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Clips vasculaires intracrâniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	Si oui : date :		
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Stents / Coils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eclats métalliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Matériel orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Claustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	Si oui : prescrire un sédatif si nécessaire pour la réalisation de l'IRM		

**DATE, SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR :**