

SCM OPALE IRM

Route de Desvres
62280 Saint Martin les Boulogne
Tél./Fax : 03.21.87.61.44

GROUPE D'IMAGERIE MEDICALE

17 Rue Mont Joie
62280 Saint Martin les Boulogne
Tél : 03.21.31.51.47
Fax : 03.21.83.42.77

DEMANDE D'EXAMEN D'IRM

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Poids :		
Examen demandé	Renseignements cliniques	

Date de la demande : Rendez-vous le à H

Merci de nous prévenir en cas d'annulation

ANTECEDENTS ALLERGIQUES : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Allergie méd. <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Eczéma	ANTECEDENTS – CONTRE-INDICATIONS RELATIVES : Valve cardiaque ou intracrânienne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, laquelle ? (voir carte d'opéré) Clips chirurgicaux avant 1995 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Valve Péritonéale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Clips vasculaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chambre implantable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Implant oculaire ou autre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prothèse Articulaires ou matériel d'ostéosynthèse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Suture métallique ou agrafe, stent, filtre cave <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Eclat (métal, balle, ...) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre matériel ferro-magnétique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous claustrophobe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
RENSEIGNEMENTS DIVERS : <input type="checkbox"/> Perruque <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Travailleur des métaux <input type="checkbox"/> Maquillage <input type="checkbox"/> Tatouage	Etes-vous Insuffisant rénal ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES : Pace-maker <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Stimulateur médullaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Eclat métallique intra-oculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prothèse auditive interne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pompe à insuline ou Morphine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	PARTICULARITES (Maladie contagieuse, handicap, ...) :