

# IMAGERIE MEDICALE DU MARQUENTERRE

Radiologie numérique-Echographie-Sénologie-Ostéodensitométrie  
Doppler-Scanner-I.R.M

26 Rue de Montreuil  
**62630 ETAPLES SUR MER**  
Tél : 03 21 94 73 26  
Fax : 03 21 84 55 01

45-47 Rue Rothschild  
**62600 BERCK SUR MER**  
Tél : 03 21 84 49 49  
Fax : 03 21 84 55 45

## **RADIOLOGUES**

Docteur Antoine CATTEAU  
Docteur Bernard COISNE  
Docteur Jean Michel COURTECUISSÉ  
Docteur Sophie MAES  
Docteur Pierre RINGART

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

**Nom et prénom du patient :**  
**Age :**  
**Poids et taille :**  
**Adresse complète :**

Votre rendez-vous est fixé le \_\_\_\_\_ à l'Hôpital DUCHENNE de  
BOULOGNE  
à \_\_\_\_\_ heures (prière d'arriver une demi-heure à l'avance)

Veillez vous présenter avec les documents ci-après :

- Ordonnance de votre médecin
- Bilans radiologiques, biologiques, etc...
- Cartes de sécurité sociale et complémentaire mutuelle

→ Signes cliniques précisant le but de l'examen :

→ Antécédents particuliers notamment chirurgicaux, allergiques ou notion d'insuffisance rénale :

## **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 suivant soit correctement rempli. Des indications incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen inutile, de mauvaise qualité ou être cause d'accidents.

Suite...

→ **LE MALADE EST-IL CLAUSTROPHOBE ?**

→ **CONTRE INDICATIONS ABSOLUES :**

Pace Maker	OUI	NON
Prothèse pénienne	OUI	NON
Simulateur médullaire	OUI	NON
Eclat métallique intra oculaire	OUI	NON
Prothèse auditive interne	OUI	NON
Pompe insuline ou morphine	OUI	NON

→ **CONTRE INDICATION SUIVANT LE MODELE ET LA MISE EN PLACE :**

Clips neuro-chirurgicaux avant 1995	OUI	NON
Filtre cave et stent	OUI	NON
Valve cardiaque	OUI	NON

→ **AUTRES RENSEIGNEMENTS :**

Etes-vous suivi pour une insuffisance rénale	OUI	NON
Clips abdominaux	OUI	NON
Valve de dérivation ventriculaire (type )	OUI	NON
Eclats d'obus	OUI	NON
Prothèse dentaire	OUI	NON
Prothèse auditive externe	OUI	NON
Prothèse chirurgicale	OUI	NON
Matériel orthopédique	OUI	NON
Perruque	OUI	NON
Malade en cours de réanimation	OUI	NON
Dispositif intra-utérin	OUI	NON
Matériel d'orthodontie	OUI	NON
Sutures avec fils métalliques ou agrafes	OUI	NON
Corps étranger dans l'œil	OUI	NON
Piercing	OUI	NON
Patch	OUI	NON
Autres prothèses ou matériel ferro-magnétique	OUI	NON

**EVITER :** *Lentilles de contact, maquillage, laque, épingles à cheveux, bijoux*

→ **LE PATIENT EST-IL TRAVAILLEUR DES METAUX ?**

→ **ETAT CLINIQUE ET COOPERATION PREVISIBLE :**

Dans l'état actuel de la technique, l'examen par résonance magnétique exige une immobilité totale du malade pendant une période assez longue.

Le patient pourra-t-il coopérer ?

Ou y a-t-il lieu de prévoir une prémédication ?