SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

BP 680 20604 BASTIA 04.95.59.12.06 fax : 04.95.59.12.10

Imagerie-medicale@ch-bastia.mssante.fr

A TRANSMETTRE AU SECRETARIAT IRM PAR FAX OU PAR MAIL

Toute demande incomplète, même sur les coordonnées administratives, ne sera pas traitée.

Si examen **URGENT** Merci de joindre le secrétariat de l'IRM par téléphone au **04.95.59.12.06** pour que la demande soit soumise en priorité

NOM : **PRENOM :** **Date de naissance :**

Adresse :

Téléphone : **Mail :**

Poids : **Taille :** **Rythme sinusal :** FC : (si ES fréquentes prévoir BBloq)

Evaluation du risque de Fibrose Néphrogénique systémique :

Clairance de la créatinine : Insuffisance Hépatocellulaire :

CONTRE INDICATIONS A L'EXAMEN :

	Non	Oui	
PACE MAKER / DEFIBRILATEUR	☐	☐	**(joindre carte de PM/DAI)**
Prothèses valvulaires cardiaques	☐	☐	**(joindre référence de prothèse/date opératoire)**
Neurostimulateur	☐	☐	
Implants cochléaires	☐	☐	
Pompes à insuline, patch pour glycémie capillaire	☐	☐	
Autre matériel médical implanté	☐	☐	(préciser type et date opératoire)

Clips vasculaires ou chirurgicaux, valve péritonéale ou intra crânienne, implant oculaires, prothèse articulaire ou matériel d'ostéosynthèse, Prothèses auditives, prothèses dentaires, fils de contention, agrafes, stents, filtre cave, prothèse mammaire …….

Eclats Métalliques	☐	☐	(en cas de doute prévoir radio standard avant IRM)
Claustrophobie	☐	☐	
Possibilité de grossesse	☐	☐	

MOTIF DE L'EXAMEN et hypothèse diagnostique :

Date de la demande :

CARDIOLOGUE Demandeur /cachet :