

**SICA**  
**Scanner Irm Centre Alsace**

Parc d'activités du Muehlbach, 3 rue des artisans  
68750 BERGHEIM

Date et Heure du Rdv

**IRM**

A ADRESSER AU CABINET DE RADIOLOGIE

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Port ou bureau : .....

Date de naissance : /\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ / Sexe : ... Poids : ..... Taille : .....

**POIDS MAXIMUM AUTORISE 150 KG**

**IMPORTANT**

1. Vu les risques encourus en cas de non-respect des contre-indications

**AUCUN PATIENT NE SERA ADMIS A L'IRM SANS CE FORMULAIRE DUMENT  
REPLI ET SIGNE RECTO-VERSO.**

2. La technique d'examen devant être adaptée à l'indication veuillez remplir chaque  
rubrique avec précision.

3. **Veuillez rapporter vos examens antérieurs**

4. **Merci de nous contacter si vous avez subit une intervention dans les 6  
semaines avant l'examen.**

**Organe ou région à explorer :** .....

Clinique (actuelle, antécédents, examens paracliniques) :

.....  
.....  
.....

**Contre-indications absolues : si oui, examen impossible dans notre établissement**

Pace maker, pile cardiaque et défibrillateur      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Stimulateur médullaire      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Implant cochléaire      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

**Contre-indications relatives : si oui, merci de nous contacter**

Clips neuro-chirurgicaux, carotidiens, aortiques      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_ Date : .....

Valves cardiaques, stents, filtres caves      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_ Date : .....

Valves de dérivation ventriculaire      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_ Date : .....

Pompe à insuline ou chimiothérapie      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_ Date : .....

Travailleur (ou bricoleur) sur métaux, soudure      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Antécédents d'éclats de métal dans les yeux :    Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_  
(Même anciens ou retirés, il est **IMPORTANT** de nous le **SIGNALER avant la date** prévue de l'examen)

**Autres renseignements :**

Prothèse articulaire      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_ situation : .....

Prothèse auditive, oculaire      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Dispositif de mesure de glycémie      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Dispositif intra utérin      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Matériel d'orthodontie (bridge)      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Sutures métalliques ou agrafes      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Eclats d'obus      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Grossesse      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

Réaction lors d'une injection antérieure de gadolinium      Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

**Claustrophobie :**    Oui \* /\_/\_    Non /\_/\_

***En cas de claustrophobie ou d'anxiété, prévoir une prémédication anti-stress***

MEDECIN DEMANDEUR	Docteur :
<i>(à remplir en cas d'absence d'ordonnance)</i>	
Adresse :	Téléphone :

DATE :

SIGNATURE (du patient ou du médecin) :