

**CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE « LA MARGUERITE »**  
 RADIOLOGIE GENERALE ET NUMERISEE – MAMMOGRAPHIE – ECHOGRAPHIE GENERALE  
 ET VOIE ENDO-CAVITAIRE – DOPPLER COULEUR – RADIOLOGIE DENTAIRE –  
 DENSITOMETRIE OSSEUSE - SCANNER - IRM

**Docteur Serge-Christian DELAGE**

Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Pédiatrie de Paris

D.U. d'Imagerie par Résonance Magnétique  
Membre de la Société Française de Radiologie

**Docteur Eric BOULLIANT-LINET**

Ancien Interne. Ancien Assistant  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

D.U. d'Imagerie par Résonance Magnétique  
Membre de la Société Française de Radiologie

**IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE**

Nom : ..... Adresse : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Poids : .....  
 N° de téléphone : ..... Profession : .....  
 N° de Sécurité Sociale : ..... N° affiliation : .....

Type d'examen (région à explorer) : .....

ALD  AT  CMU

Indications : .....

Notion d'allergie(s) : .....

Antécédents chirurgicaux : .....

Médecin Prescripteur (adresse Cabinet) : .....

Médecin Généraliste (nom-prénom) : .....

**CONTRES-INDICATIONS ABSOLUES**

Le pace-maker,  Les pompes à insuline,  Les clips ferromagnétiques.

**Le patient est-il porteur d'un des matériels suivants et/ou contre-indication qui peuvent gêner l'examen ?**

	OUI	NON
➤ <b>Grossesse ou suspicion de grossesse</b> .....	( )	( )
Si oui, terme : .....		
➤ <b>Valve cardiaque</b> .....	( )	( )
Si oui, type : .....		
➤ <b>Prothèse auditive</b> .....	( )	( )
➤ <b>Eclats métalliques (éclats d'obus, travailleurs des métaux)</b> .....	( )	( )
➤ <b>Matériel dentaire</b> .....	( )	( )
Si oui, type: .....		
➤ <b>Implant oculaire</b> .....	( )	( )
Si oui, type : .....		
➤ <b>Corps étranger dans l'œil (lentilles de contact à enlever le jour de l'IRM)</b>		
Si oui, type : .....	( )	( )
➤ <b>Valve de dérivation</b> .....	( )	( )
Si oui, type : .....		
➤ <b>Prothèse articulaire</b> .....	( )	( )
➤ <b>Sutures avec agrafes ou fils métalliques</b> .....	( )	( )
➤ <b>Filtre cave</b> .....	( )	( )
➤ <b>Implant cochléaire</b> .....	( )	( )
➤ <b>Claustrophobie</b> .....	( )	( )

Signature :

Fait à ..... le .....

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.