



DEMANDE D'IRM RECHERCHE

IRM Nord – UMS IRMaGe



Acronyme de l'étude clinique

N° de visite IRM dans l'étude clinique

Informations Service

Médecin prescripteur

Nom Service + code UF

Nom & Tel. Coordinateur

Période de RDV souhaitée

Informations Patient

NOM, Prénom

Date de Naissance

Insuffisance rénale

OUI NON

Taille

Poids

Patiente enceinte

OUI NON

Ou Allaitante

OUI NON

Risque infectieux :
Précautions

Contact

Contact renforcé

Gouttelettes

Air

Standard

Contre-indications à l'IRM :

Si **oui** à une question, préciser la situation

Stimulateur cardiaque / Pace maker

OUI NON

Neuro-Stimulateur

OUI NON

Valve cardiaque et matériel endo-vasculaire

OUI NON

Clips chirurgicaux, structure métallique, agrafe

OUI NON

Matériel d'ostéosynthèse

OUI NON

Autres prothèses ou Dispositifs Médicaux Implantés

OUI NON

Travailleur des métaux, corps étrangers intra-oculaire

OUI NON

Histoire et données cliniques

Demande à envoyer à irmrecherche@chu-grenoble.fr