Site Vallée du Lot
Avenue du 8 mai 1945
BP10
48001 MENDE CEDEX

Pôle MEDITECH
Chef de pôle
Mme OSMAN

Imagerie Médicale
Chef de service
Pr Jean Paul BEREGI

Praticien libéral
Dr Éric DISSAY

Praticien associe
Dr Karim FETANE

Stagiaire associé
Dr Jonathan ONGOKA AHOUET

Dr Chandra ABA GANDZION

Consultations Externes
Cadre de Santé
Tel. 04.66.49.47.41

Secrétariat Radiologie
Tel. 04.66.49.49.14
secce.radiologie@ch-mende.fr

secretariat.radiologie@hopital-lozere.mssante.fr

Secrétariat IRM
Tel. 04.66.49.59.60
secce.irm@ch-mende.fr

secretariat.irm@hopital-lozere.mssante.fr

Dossier IRM réf : PCP/INFO/SUPP 114 Version 7 (septembre 2026)

INFORMATION DU PATIENT IRM

VOUS VENEZ PASSER UNE IRM A L'HOPITAL-LOZERE

SITE DE LA VALLEE DU LOT à MENDE

Qu'est-ce qu'une IRM ?

Une IRM (imagerie par résonnance magnétique) est un examen d'imagerie qui utilise un appareil émettant des ondes électromagnétiques, grâce à un gros aimant. Cette technologie, qui n'utilise pas les rayons X, est sans risque d'irradiation pour le patient.

L'IRM est un examen indolore, permettant d'obtenir des images de l'intérieur du corps humain. On le prescrit notamment pour visualiser les "tissus mous" (cerveau, moelle épinière, viscères, muscles, tendons, etc.). Suivant le type d'examen, certaines consignes vous seront données lors de la prise de RDV (à jeun, vessie pleine ...). Il est important de bien les respecter afin de réaliser l'examen dans de bonnes conditions.

Déroulement de l'examen

L'examen n'est pas douloureux. L'IRM dure de 15 à 30 minutes. L'examen est réalisé par un manipulateur en électroradiologie médicale, sous la responsabilité d'un médecin radiologue, qui interprétera les images. Selon l'examen et l'indication médicale, une injection de produit de contraste à base de gadolinium peut être réalisée par voie intraveineuse. Il est indispensable de signaler la présence de matériel métallique (pacemaker, valve cardiaque, neurostimulateur etc.) lors de la prise de RDV. Dans certains cas, l'examen peut être formellement contre-indiqué. A la fin de l'examen, le manipulateur vous indiquera la marche à suivre pour obtenir vos résultats.

Pour préparer votre RDV :

Merci d'adresser au **secrétariat d'IRM**, dans les meilleurs délais :

- Votre ordonnance
- Le questionnaire de renseignements IRM complété

Par courrier postal : Hôpital Lozere – site vallée du lot – service IRM – avenue du 8 mai 1945- 48000 Mende

Par mail : secretaireirm@ch-mende.fr

REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS SANS EXCEPTION SOUS PEINE DE RETARDER LE RDV

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....sexe : F / M

Téléphone : ..... *(Entourer la bonne réponse pour chaque question SVP merci)*

CONTRE INDICATIONS FORMELLES DE L'EXAMEN

Pace maker (pile cardiaque) ou défibrillateur	OUI / NON *(si OUI, carte référence obligatoire)*
Valve cardiaque artificielle	OUI / NON *(si OUI, carte référence obligatoire)*
Neurostimulateur	OUI / NON
Implant cochléaire (oreille)	OUI / NON
Corps étranger intraoculaire et/ou cataracte	OUI / NON *(si OUI, date de l'implantation :.....)*

ETAT GENERAL ET ANTECEDENTS MEDICAUX

Taille : ..... Poids : ..... Valide : OUI / NON

Antécédents allergiques :	OUI / NON *(si OUI, à préciser.....)*
Insuffisance rénale :	OUI / NON
Claustrophobie (crainte de l'ascenseur) :	OUI / NON *(si OUI voir avec votre médecin traitant pour une éventuelle prémédication)*
Appareil dentaire et/ou appareil d'orthodontie :	OUI / NON
Appareil auditif :	OUI / NON
Avez-vous travaillé sur des métaux (souder, meuler, ...) et ou avez pu recevoir des projectiles métalliques (éclats métalliques, balles, éclats obus, ...) même s'il y a longtemps, notamment près des yeux	OUI / NON
Enceinte ou susceptible de l'être :	OUI / NON *si OUI, CONTRE INDICATION RELATIVE*
Diabétique : avez-vous un capteur de glycémie ?	OUI / NON

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous un appareillage, une prothèse, un matériel métallique quelconque et/ou subi une intervention chirurgicale au niveau du cerveau, du cœur ou autre(s)	OUI / NON *(si OUI type **et** date d'implantation)* ....
Autres interventions chirurgicales + date	....

TELERADIOLOGIE

Votre examen est susceptible d'être réalisé en téléradiologie. Elle consiste en l'interprétation d'examen d'imagerie médicale par un radiologue appelé téléradiologue se trouvant à distance de l'Hôpital Lozère. Le recueil de votre consentement est obligatoire pour que nous puissions transmettre votre examen

PERSONNE DONNANT LES RENSEIGNEMENTS :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : .....

Le patient ou son représentant légal assure avoir lu et compris le document et donne son consentement pour que l'examen soit pratiqué, pour une éventuelle injection de produit de contraste (gadolinium) et la transmission de son examen si besoin en téléradiologie.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

Fait le ..... Signature *(le patient ou son représentant légal)*