

## Préparations aux différents types d'examens :

**IRM** Pas de préparation. Retirer les bijoux et piercings au domicile.  
IRM cérébrale : pas de maquillage.  
IRM abdominale, cholangio-IRM, entéro-IRM : à jeun 4 heures avant.  
**Selon la région à examiner, la durée d'examen varie entre 30 min et 1h15.**



**Contre-indications :** corps étrangers métalliques intra-orbitaires.  
Certains dispositifs médicaux selon le type et le modèle (comme les pacemaker, valves cardiaques, implants cochléaires, neurostimulateurs, pompes à insuline, etc) peuvent être contre-indiqués ou faire l'objet de mesures particulières.  
Prendre contact avec nous si vous êtes porteur d'un dispositif médical.

**Scanner** Thoracique et cérébral : à jeun 4 heures avant. **Prévoir 30 min.**  
Abdominal et / ou pelvien : à jeun 4 heures avant. **Prévoir 1h15.**  
Osseux : pas de préparation. **Prévoir 30 min.**

**Échographie** Abdomen supérieur : à jeun 4 heures avant.  
Abdomen complet : à jeun 4 heures avant + vessie pleine.  
Voies urinaires et pelvis : vessie pleine.  
**Prévoir 30 min.**

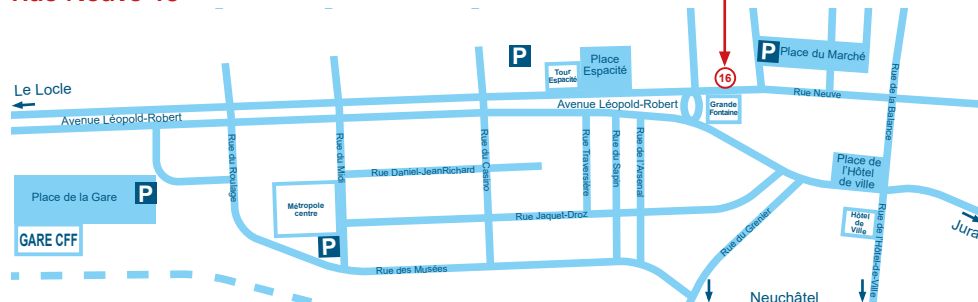
**Mammographie** Pas de déodorant ni de crème corporelle le jour de l'examen.  
**Prévoir 20 min.**  
Si mammographie + échographie, **prévoir 45 min.**

**Minéralométrie** Pas de préparation. **Prévoir 20 min.**

**Radiographie** Pas de préparation sauf examen digestif. **Prévoir 30 min.**

**Ponction / Infiltration** Pas de préparation. **Prévoir 45 min.**  
**Nous contacter si traitement anticoagulant en cours.**

## Rue Neuve 16



IMAGERIE  
LA CHAUX-DE-FONDS

RUE NEUVE 16  
2300 LA CHAUX-DE-FONDS

TEL. 032 967 86 40  
FAX 032 967 86 41

INFO@CIM-NE.CH  
WWW.IMAGERIE-NE.CH

**Informations patient :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Rendez-vous le ..... à .....

**Examen demandé :**

IRM\* /  Arthro-IRM\* : .....

CT\* /  Arthro-CT\* : .....

**\*Informations cliniques à renseigner**

<input type="checkbox"/> Allergies : .....	<input type="checkbox"/> Créatinine : .....
<input type="checkbox"/> Pacemaker, matériel implanté, corps étrangers métalliques : .....	<input type="checkbox"/> Diabète : .....
.....	<i>Traitement à adapter par le médecin de famille lors des examens à jeun.</i>

Radiographie : .....

Echographie : .....

Ponction / Infiltration : .....  
*Nous contacter si traitement anticoagulant en cours*

Minéralométrie

Mammographie  + Echographie

**Renseignements et diagnostic clinique :**

Question particulière ?

**Médecin prescripteur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date : .....

Images sur :  Papier

CD-Rom

Diffusion sécurisée

Copies : .....

Dans le cadre de la présente demande, le médecin prescripteur s'engage à vérifier les éventuelles contre-indications à l'examen et à informer son patient des risques encourus lors d'une exposition aux rayons ionisants, aux allergies liées à l'usage éventuel de produit de contraste et aux complications pouvant survenir dans le cadre d'une procédure interventionnelle.

**Timbre et signature du médecin :**