

## NUMERO UNIQUE 04 74 09 48 00

**POLYCLINIQUE DU BEAUJOLAIS**  
120 Anc route de Beaujeu  
69400 ARNAS

**CENTRE DE RADIOLOGIE**  
Bâtiment La Passerelle Etage 1  
[clinique@imageriecaladoise.fr](mailto:clinique@imageriecaladoise.fr)

**CENTRE DE MAMMOGRAPHIE**  
Bâtiment La Passerelle RDC  
[senologie@imageriecaladoise.fr](mailto:senologie@imageriecaladoise.fr)

**SCANNER CALADOIS**  
[scanner@imageriecaladoise.fr](mailto:scanner@imageriecaladoise.fr)

**IRM CALADOISE**  
Sur site Polyclinique Beaujolais  
120 ancienne route de Beaujeu  
69400 ARNAS

Sur site Hôpital Nord Ouest  
Route d'Épinay  
69400 GLEIZE  
[irm@imageriecaladoise.fr](mailto:irm@imageriecaladoise.fr)

**CABINET DE RADIOLOGIE**  
237 Boulevard Gambetta  
69400 VILLEFRANCHE  
[gambetta@imageriecaladoise.fr](mailto:gambetta@imageriecaladoise.fr)

**CABINET DE RADIOLOGIE**  
1 rue Docteur Gaudens  
69480 ANSE  
[anse@imageriecaladoise.fr](mailto:anse@imageriecaladoise.fr)

**CABINET DE RADIOLOGIE**  
32 Boulevard Joseph Rosselli  
69220 BELLEVILLE  
[anse@imageriecaladoise.fr](mailto:anse@imageriecaladoise.fr)

**CENTRE DE SENOLOGIE ET  
D'ECHOGRAPHIE**  
50 Avenue Léon Marie Fournet  
01480 JASSANS RIOTTIER  
[jassans@imageriecaladoise.fr](mailto:jassans@imageriecaladoise.fr)

○ **Le jour de l'arthrographie** vous devrez vous munir **de votre produit de contraste ainsi que des médicaments qui vous ont été prescrits. Cet examen peut être couplé à un scanner.**

○ **Vous devrez remplir le questionnaire allergie** que vous trouverez sur ce site dans Arthrographie préparer sa visite.

○ **Vous devrez remplir le document consentement patient et information** que vous trouverez sur ce site dans Arthrographie préparer sa visite.

○ **Pour tout mineur ou incapable majeur** merci de compléter et d'apporter le document que vous trouverez sur ce site dans Arthrographie préparer sa visite.

○ **Vos anciens examens d'IRM, Scanner, échographie qui concernent la zone explorée.**

○ **La lettre du médecin**

○ **Une copie des ordonnances de vos traitements médicaux en cours o Votre carte vitale et un moyen de paiement**

○ **Si vous êtes pris en charge à 100% au titre d'une ALD, d'une invalidité, ou si vous bénéficiez de la CMU : Votre attestation de sécurité sociale portant la mention « MEDECIN TRAITANT DECLARE »**