

Adresse du médecin demandeur

**(NOM , prénom, date de naissance)**  
(Numéro de l'examen)

**IRM du genou (droit ou gauche) du (date)**

**Indications**

Technique : protocole habituel.

**Description**

Compartiment interne : pas de lésion ostéochondrale, méniscale ou du LLI.

Compartiment moyen : ligaments croisés de morphologie normale.

Compartiment externe : pas de lésion ostéochondrale, méniscale ou du LLE.

C. fémoro-patellaire : rotule de configuration normale; pas de lésion cartilagineuse.

Tendons : sans altération.

Parties molles : sans altération.

Autres constatations : pas d'épanchement significatif. Pas de kyste poplité.

**Conclusion**

**IRM du genou sans anomalie notable.**

Avec nos remerciements et nos meilleures salutations.