



QUESTIONNAIRE IRM

Votre médecin vous a prescrit une IRM. **Cet examen n'est pas anodin et nécessite certaines vérifications.** Ce questionnaire a pour but de rechercher d'éventuelles contre-indications à cet examen. C'est pourquoi, il est indispensable de répondre à toutes les questions et de **nous le renvoyer avec l'ordonnance du médecin dans les plus brefs délais.**

Rendez-vous le : **RdvDateDebut à RdvHeureDebut**

Nom : PatientNom Prénom : PatientPrenom Né(e) le : PatientNaissance	Taille : _____ (à remplir obligatoirement) Poids : _____ (à remplir obligatoirement)
--	---

Êtes-vous porteur :		Oui	Non
D'un pace-maker (pile cardiaque), d'une valve cardiaque, holter implantable défibrillateur ? --		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un implant cochléaire ou neurostimulateur ? -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une valve de dérivation ventriculaire au niveau cérébral ? -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une pompe à insuline, à morphine ou d'un patch FREESTYLE ?-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une prothèse d'expansion avant plastie mammaire de reconstruction ? -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des éclats de métal dans les yeux ? ----- <i>(même anciens ou retirés, il est IMPORTANT de nous le SIGNALER avant la date de l'examen)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait de la soudure ou du meulage sur le métal ? -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré au cours des 6 semaines qui précèdent l'examen ? -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une prothèse oculaire, <u>un appareil auditif</u> , dentaire ou appareil d'orthodontie ? ----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un corps étranger métallique dans votre corps ? <i>(Prothèse articulaire, vis, stent, ...)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Corps étranger</i>	<i>Emplacement</i>	<i>Année</i>	

Grossesse - allaitement :	Oui	Non
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitez-vous ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je confirme l'exactitude des informations portées ci-dessus :

Le ____ / ____ / 20 ____ Signature du patient *(obligatoire)* :

Injection de produit de contraste (gadolinium) :	Oui	Non
Avez-vous déjà passé une IRM avec une injection de produit de contraste ? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'avez-vous bien tolérée ? <i>(si, non, veuillez nous contacter)</i> -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné-e Mme/ Mr ----- autorise le Docteur RadiologuePrenom
RadiologueNom à m'injecter un produit de contraste si l'examen le nécessite.

Le ____ / ____ / 20 ____ Signature du patient *(obligatoire)* :

Merci de retirer impérativement avant votre passage en salle d'examen :
Appareils auditifs, montre, bijoux, piercing, clefs, téléphone, pièces de monnaie, cartes magnétiques.
En cas d'examen de la tête, il important d'éviter de se maquiller.
Si vous êtes porteur d'un bracelet électronique, merci de nous le signaler avant votre rendez-vous.
Le service IRM est susceptible de vous contacter pour vous communiquer des consignes spécifiques.