

QUESTIONNAIRE IRM AVEC INJECTION

DOCUMENT A COMPLETER ET A RAMENER LE JOUR DE L'EXAMEN

NOM :

Date de naissance : |__| |__| |__|

Prénom :

Poids : Kg

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

o ÊTES-VOUS PORTEUR DE :

ENTOURER VOTRE REPONSE

- Pace maker ou pile cardiaque OUI / NON
- Implant cochléaire (auditif) OUI / NON
- Stimulateur, pompe à insuline, pompe à morphine OUI / NON
- Corps étrangers métalliques intra-oculaires OUI / NON

o **Madame**, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être OUI / NON

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'INJECTION

o AVEZ-VOUS :

ENTOURER VOTRE REPONSE

- Eu un examen avec injection de produit de contraste (**depuis - de 48h**) OUI / NON
- Déjà présenté un problème lors de l'injection de produit si oui lequel : OUI / NON
- Des allergies connues si oui lesquelles : OUI / NON

o ETES-VOUS :

- Asthmatique OUI / NON
- En cours de chimiothérapie OUI / NON
- **Madame**, en cours d'allaitement OUI / NON

o Prenez-vous un traitement pour le diabète (METFORMINE) OUI / NON

→ **si oui, la METFORMINE devra être arrêtée le jour de l'examen et pourra être reprise dans les 48h si le contrôle sanguin de la filtration rénale est satisfaisant**

o Prenez-vous des médicaments néphrotoxiques tels que Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), COXIB (Célébrex®, Dynastat®, Arcoxia®) OUI / NON

→ **si oui, les MEDICAMENTS NEPHROTOXIQUES devront être arrêtés le jour de l'examen et repris 48h après l'injection**

o Prenez-vous vous un traitement INTERLEUKINE II OUI / NON

→ **si oui, le traitement devra être arrêté 48h avant et après l'examen en accord avec le médecin prescripteur**

- o Si vous avez plus de 65 ans ou si vous présentez un des facteurs de risque suivant : diabète, hypertension, goutte, myélome, problème rénal (insuffisance rénale, antécédent de chirurgie rénale, ...) ou traitement par médicaments néphrotoxiques (AINS, COXIB, chimiothérapie)

→ **un bilan sanguin avec mesure de la fonction rénale datant de moins de 3 mois vous sera demandé**

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

o ÊTES-VOUS PORTEUR DE :

ENTOURER VOTRE REPONSE

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| • Valve cardiaque, stent | OUI | / | NON |
| • Clips chirurgicaux | OUI | / | NON |
| • Prothèse dentaire, oculaire, pénienne | OUI | / | NON |
| • Prothèse d'ostéosynthèse (vis, plaque) | OUI | / | NON |
| • Tatouage, maquillage permanent | OUI | / | NON |

o AVEZ-VOUS :

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| • Déjà passé une IRM
si oui quand : | OUI | / | NON |
| • Subi une intervention chirurgicale (depuis - de 6 mois)
si oui laquelle : | OUI | / | NON |
| • Eté opéré du cerveau | OUI | / | NON |
| • Eté opéré de la colonne vertébrale | OUI | / | NON |

- o Travaillez-vous les métaux, êtes-vous susceptible d'avoir reçu des éclats métalliques (balles, limailles, ...)

OUI / NON

→ **si oui, radiographie à effectuer obligatoirement avant l'examen d'IRM**

- o Souffrez-vous de claustrophobie

OUI / NON

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des différentes informations relatives à l'examen d'IRM et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire.

Je donne mon accord pour la réalisation de l'examen.

Date :

Signature :

IMPORTANT : L'EXAMEN NE SERA PAS REALISE SANS PRESENTATION DE LA PRESCRIPTION MEDICALE