

QUESTIONNAIRE IRM

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 oculaire | OUI | / | NON |

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

OUI / NON

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