

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 DISPOSITIF MEDICAL IMPLANTE :

ENTOUREZ VOTRE REPONSE

- | | |
|---|-----------|
| • <u>Stent</u> | OUI / NON |
| • Pace maker/pile cardiaque/stimulateur cardiaque/filtre cave | OUI / NON |
| • <u>Implant cochléaire</u> | OUI / NON |
| • Neurostimulateur/pompe à insuline/pompe à morphine | OUI / NON |
| • <u>Valve de dérivation LCR</u> | OUI / NON |
| • Valve cardiaque | OUI / NON |
- Si oui : Mécanique Biologique

En cas de Dispositif Médical Implanté, merci d'apporter une copie de votre carte de porteur (références obligatoires) et un courrier du médecin attestant la compatibilité à l'IRM

- o Etes-vous susceptible d'avoir déjà reçu des éclats métalliques intra-oculaires (même très anciens ou déjà enlevés) lors d'une soudure, meulage, travaux des métaux OUI / NON
Si oui, scanner des orbites à effectuer obligatoirement avant l'examen
- o Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être OUI / NON

**Si vous répondez OUI à une ou plusieurs questions ci-dessus
 veuillez nous contacter avant la date prévue pour l'examen par téléphone au 02.72.88.28.01**

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

o ÊTES-VOUS PORTEUR DE :

ENTOUREZ VOTRE REPONSE

- | | |
|--|-----------|
| • Dispositif de surveillance de la glycémie type patch freestyle
<i>Si oui, le capteur devra être retiré pour l'examen</i> | OUI / NON |
| • Prothèse : | |
| > Vasculaire (clip, ...) | OUI / NON |
| > Ostéo articulaire (vis, plaque) | OUI / NON |
| > Auditive | OUI / NON |
| > Oculaire | OUI / NON |
| > Dentaire | OUI / NON |
| > Pénienne | OUI / NON |
| • Tatouage, maquillage permanent, cils magnétiques
<i>Si vous avez un tatouage récent, respecter un délai préconisé à 1 mois afin d'éviter tout risque d'altération de la qualité du tatouage</i> | OUI / NON |

o AVEZ-VOUS :

- | | |
|--|-----------|
| • <u>Déjà passé une IRM</u> | OUI / NON |
| • Subi une intervention chirurgicale (depuis - de 6 mois)
si oui laquelle : | OUI / NON |

- o Souffrez-vous de claustrophobie OUI / NON

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'INJECTION

ENTOUREZ VOTRE REPONSE

o AVEZ-VOUS :

- Eu un examen avec injection de produit de contraste dans les dernières 48h OUI / NON
- Déjà présenté un problème lors de l'injection de produit OUI / NON
Si oui, lequel :
- Des allergies connues OUI / NON
Si oui, lesquelles :

o ETES-VOUS :

- Asthmatique OUI / NON
- Insuffisant rénal OUI / NON
- Madame, en cours d'allaitement OUI / NON

- o A partir de 65 ans et/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

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

Le patient mineur devra être accompagné par un de ses parents ou représentant légal au moment de l'examen