

# 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 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 <b>patch freestyle</b><br><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<br><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)<br>si oui laquelle : ..... | OUI / NON |

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**

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