

Vous allez passer un examen IRM. Cet appareil se comporte comme un aimant. Cet examen est donc contre-indiqué pour toutes personnes ayant des implants métalliques.

Ce questionnaire d'IRM doit nous permettre de vous assurer un examen en toute sécurité.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Adresse :

Taille :

Tél. :

QUESTIONNAIRE IRM

- | | |
|--|-----------|
| • Avez-vous apporté un produit de contraste ? | oui - non |
| • Avez-vous été opéré du crâne ou du cœur ? | oui - non |
| • Prenez-vous des médicaments pour le cœur ? | oui - non |
| • Etes-vous claustrophobe ? | oui - non |
| • Etes-vous travailleur des métaux ? | oui - non |
| • Pensez-vous être enceinte ou susceptible de l'être ? | oui - non |
| • Présentez-vous des allergies graves ? | oui - non |
| • Présentez-vous des antécédents d'insuffisance rénale ? | oui - non |
| • Avez-vous apporté des anciens examens ? | oui - non |

Portez-vous un des éléments cités ci-dessous (entourez la bonne réponse)

- | | |
|--|-----------|
| • Pacemaker, stimulateur cardiaque (pile pour le cœur) | oui - non |
| • Clips neurochirurgicaux (date) | oui - non |
| • Clips vasculaires, valve cardiaque ou stent (date) | oui - non |
| • Prothèse ou plaque articulaire, piercing | oui - non |
| • Agrafes ou suture métallique | oui - non |
| • Eclats métalliques, d'obus ou plomb de chasse (notamment dans l'œil) | oui - non |
| • Prothèse auditive | oui - non |
| • Matériel d'orthodontie | oui - non |
| • Pompe à insuline | oui - non |
| • Implants mammaires | oui - non |
| • Autre(s) matériel(s) métallique(s) non cité(s) | oui - non |

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, reconnais
avoir pris connaissance de ce questionnaire.

Date :

Signature :

Mise à jour le 01/01/2008