



QUESTIONNAIRE AVANT IRM

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Etiquette du patient

*Poids : kg *Taille :

Avez-vous déjà passé une IRM :

	OUI	NON
⇒ Etes-vous porteur d'un pacemaker ou défibrillateur cardiaque ? Prévenir et se munir de la référence obligatoire pour l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Avez-vous du métal dans la tête (opération/clips chirurgicaux/intra cérébraux...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Avez-vous reçu des éclats métalliques, plomb ou morceaux de métaux dans les yeux ? (Dans le cadre de meulage, usinage ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez coché un OUI à l'une des questions ci-dessus, <u>merci de le signaler aux agents d'accueil</u>		

	OUI	NON
<u>Etes-vous porteur d'un matériel métallique ?</u>		
Valve cardiaque, si oui , prévenir et référence obligatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur ou fils implantés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valve de dérivation ventriculo-péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel médical :		
Pompe à insuline ou port-à-cath avec aiguille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel chirurgical :		
<input type="checkbox"/> Clips chirurgicaux (aortiques, stents...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Implant cochléaire (oreille interne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothèse articulaire (broches, clous, tiges ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle articulation et la date de pose ?.....		
Avez-vous une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous susceptible d'être enceinte ? Date des dernières règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous diabétique ? Etes-vous porteur d'un dispositif de surveillance de la glycémie type patch freestyle (si oui prévoir de le retirer pour passer votre IRM) ou pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un appareil auditif ou dentaire, patchs (nicotine, morphine, contraceptif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies aux produits de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel		

Le jour de l'examen : merci de venir avec le questionnaire complété et **enlever tout objet métallique (Bijoux, appareils auditif et/ou dentaire)**

Date de du jour :

Signature :