



QUESTIONNAIRE IRM -oOo- SCANNER – IRM 92 NORD

IMPORTANT : les examens IRM nécessitent certaines précautions : il est important pour qu'ils puissent être correctement réalisés que le questionnaire suivant soit convenablement rempli. Des indications incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen inutile, de mauvaise qualité ou être cause d'accident.

Le jour de l'examen, venez de préférence sans bijoux, sans maquillage, sans piercing, sans vernis, sans épingles ou attaches à cheveux.

NOM : _____ **PRENOM :** _____
Date de naissance : ... / / **Sexe :** (F : Femme, H : Homme)
Votre poids (obligatoire) : Kg **Votre taille :** cm
Numéro de téléphone d'une personne à prévenir :

Pour les personnes non valides, merci de contacter le service afin d'assurer une prise en charge personnalisée et efficace.

Contre-indications formelles : Si vous répondez « oui » à l'une des contre-indications formelles ci-dessous, l'IRM vous est contre-indiquée. Merci de contacter le secrétariat.

- **Pacemaker / défibrillateur implantable**
- **Clip intracrânien ou Neuro-stimulateur**
- **Corps étranger dans l'œil ou Prothèse oculaire**
- **Implant cochléaire**
- **Valve cardiaque (Carte de référence à communiquer)**

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Contre-indications relatives : Si vous répondez « oui » à l'une des contre-indications relatives ci-dessous, l'IRM peut nécessiter certaines précautions.

Avez-vous reçu des projectiles métalliques (éclats métalliques, balles, plombs de chasse...) ? Oui Non

Merci de prévenir immédiatement le secrétariat

- Clips carotidiens ou aortiques (vasculaires): date de la pose :
- Stent(s) : date de la dernière pose :
- Matériel dentaire ou d'orthodontie, dentier magnétique
- Prothèse auditive
- Perruque, maquillage à paillettes, faux cils magnétiques
- Appareillage ou prothèse(s) quelconque(s)

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, Précisez :

- Avez-vous été opéré ? Si oui, de quoi ?

L'IRM peut nécessiter l'injection d'un produit de contraste :

- Avez-vous eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique ?.....
- Avez-vous un terrain allergique connu ?.....
(Asthme, urticaire, rhinite, rhume des foins...)
- Etes-vous diabétique ?
- Avez-vous un capteur de glycémie/pompe à insuline ?
- Avez-vous une insuffisance rénale ?.....
- Acceptez-vous l'injection de produit de contraste si nécessaire.....
- Etes-vous porteur d'une maladie infectieuse (tuberculose par exemple,..).
Ou immuno-déprimé (Hépatite, VIH....)

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Pour les femmes :

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?
Une reconstruction mammaire est-elle en cours ?.....

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (Rayer la mention inutile) agissant en qualité de patient (personne majeure capable)

OU dans le cas où le consentement n'est pas formulé par le patient lui-même :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (Rayer la mention inutile) agissant en qualité de :

- Personne titulaire de l'autorité parentale
- Personne de confiance désignée par le patient
- Tuteur d'une personne protégée

Certifie avoir pris connaissance des différentes contre-indications relatives à l'examen d'IRM et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire.

Date : / /

Signature du patient ou de son représentant