

QUESTIONNAIRE IRM

NOM: PRENOM: Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance: / / Poids (obligatoire pour le réglage de l'IRM): Kg

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

	OUI	NON
► Etes-vous porteur:		
• d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque implantable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• d'une valve cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui: Mécanique <input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/>		
<i>Merci de rapporter votre carte de porteur qui vous a été remise à l'issue de l'opération</i>		
• d'un neuro-stimulateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• d'une pompe à insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques intra-oculaires (même très anciens ou susceptibles d'avoir été enlevés) lors d'une soudure, meulage, travaux des métaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Avez-vous:		
• un implant cochléaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un implant oculaire métallique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

	OUI	NON
► Etes-vous porteur:		
• d'une valve de dérivation LCR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• d'une prothèse?		
◦ vasculaire? (stent, clips, filtre cave...) ou clips chirurgicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez la date d'intervention _____		
◦ ostéo-articulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez la date d'intervention _____		
◦ auditive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◦ dentaire? Si oui bagues (orthodontie) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• d'un capteur de glycémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, il doit être retiré pour passer l'examen		
► Etes-vous susceptible d'avoir un élément étranger métallique ailleurs dans le corps? Si oui précisez (éclat d'obus, de balle, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Etes-vous susceptible d'être enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Etes-vous porteur de prothèses mammaires de type Expandeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Etes-vous immunodéprimé (Hépatite, VIH) ou porteur d'une maladie infectieuse ou contagieuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Etes-vous claustrophobe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INJECTION DE GADOLINIUM

	OUI	NON
► Acceptez-vous l'injection de produit de contraste si le radiologue la juge nécessaire pour faire son diagnostic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Avez-vous eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous êtes porteur de bijoux, piercings, perruque, épingles à cheveux, faux cils magnétiques ou tout autre objet contenant du métal vous devez les retirer avant l'IRM.

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 :

☐ 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