

## 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?
- d'une valve cadiaque?

Si oui: Mécanique  Biologique

*Merci de rapporter votre carte de porteur qui vous a été remise à l'issue de l'opération*

- d'un neuro-stimulateur?
- d'une pompe à insuline?

► 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?

► Avez-vous:

- un implant cochléaire?
- un implant oculaire métallique?

### CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

OUI  NON

► Etes-vous porteur:

- **d'une valve de dérivation LCR?**
- **d'une prothèse?**

◦ **vasculaire? (stent, clips, filtre cave...) ou clips chirurgicaux**

Si oui, précisez la date d'intervention \_\_\_\_\_

◦ **ostéo-articulaire?**

Si oui, précisez la date d'intervention \_\_\_\_\_

◦ **auditive?**

◦ **dentaire? Si oui bagues (orthodontie)**

- d'un capteur de glycémie?

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, ...)

► Etes-vous susceptible d'être enceinte?

► Etes-vous porteur de prothèses mammaires de type Expandeur?

► Etes-vous immunodéprimé (Hépatite, VIH) ou porteur d'une maladie infectieuse ou contagieuse?

► Etes-vous claustrophobe?

### INJECTION DE GADOLINIUM

OUI  NON

► Acceptez-vous l'injection de produit de contraste si le radiologue la juge nécessaire pour faire son diagnostic?

► Avez-vous eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique?

**Si vous êtes porteur de bijoux, piercings, perruque, épingle 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