



QUESTIONNAIRE IRM

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 : Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance : / / Poids (obligatoire) : Kg

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 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Clip intracrânien ou Neuro-stimulateur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Corps étranger dans l'œil ou Prothèse oculaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Implant cochléaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Valve cardiaque (Carte de référence à communiquer)..... | <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 déjà reçu des projectiles métalliques ? (Éclats métalliques, Balles, plombs de chasse...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|---|------------------------------|------------------------------|

Merci de prévenir immédiatement le secrétariat.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Clips vasculaires (carotidiens ou aortiques) date de la pose : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Stent(s) : date de la dernière pose : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Matériel dentaire ou d'orthodontie, dentier magnétique..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Prothèse auditive..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Perruque, maquillage à paillettes, faux cils magnétiques, tatouage..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Appareillage ou prothèse(s) quelconque(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, Précisez : | | |
| ➤ Avez-vous été opéré ? Si oui, de quoi ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Êtes-vous immunodéprimé (Hépatite, VIH) ou porteur d'une maladie infectieuse ou contagieuse ? (Tuberculose, BMR.....) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Êtes-vous claustrophobe ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

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

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Avez-vous eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Avez-vous un terrain allergique connu ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| (Asthme, urticaire, rhinite, rhume des foins...) | | |
| ➤ Êtes-vous diabétique ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Avez-vous un capteur de glycémie/pompe à insuline ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Avez-vous une insuffisance rénale ? ou un myélome ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Acceptez-vous l'injection de produit de contraste si le radiologue la juge nécessaire pour faire son diagnostic ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Une autre injection de produit de contraste a-t-elle eu lieu ou est-elle prévue dans les 48h ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Pour les femmes :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Une reconstruction mammaire est-elle en cours ?..... | <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 :

- 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