



QUESTIONNAIRE IRM

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Poids : Kg Taille :

Motif de l'examen pratiqué :

Veillez indiquer par une croix votre réponse aux questions suivantes :

OUI NON

- Avez-vous déjà fait un examen IRM (avec ou sans injection) ?
 - Avez-vous :
 - Un stimulateur cardiaque (pacemaker), un défibrillateur cardiaque implantable, un neurostimulateur, une pompe à insuline?
 - Une valve de dérivation cérébrale ?
 - Des clips chirurgicaux, un stent vasculaire, une valve cardiaque ?

Si oui, depuis quelle année ?
Avez vous un numéro de référence ?

 - Des éclats métalliques dans les yeux ou le corps ?
(métiers de la métallurgie, de la soudure, éclats de balle, autres...)

Si oui, la réalisation d'une radiographie des orbites peut être nécessaire et réalisée sans rendez-vous dans notre centre.

 - Une prothèse auditive ou dentaire amovible ?
 - Un implant cochléaire ?
 - Un matériel orthopédique : prothèse, vis, plaque, broche? - Êtes-vous claustrophobe (peur de l'ascenseur par exemple) ?
 - Avez-vous des allergies (médicament, produit de contraste, autres...) ?
 - Avez-vous une insuffisance rénale?
- Pour les personnes ayant 60 ans et plus, **uniquement si une injection de produit de contraste est prévue**, un résultat de prise de sang avec dosage de la créatininémie doit être apporté.*
- Êtes-vous porteur de maladies infectieuses (HIV, hépatite, tuberculose) ?
 - Êtes-vous ou avez-vous un risque d'être enceinte ?

En cas d'injection, précisez si un allaitement est en cours.

DATE et SIGNATURE :

Madame, Monsieur (ou représentant(e) légal(e))

**a personnellement rempli ce questionnaire et
a donné son accord pour que l'examen IRM soit réalisé.**