

QUESTIONNAIRE IRM

NOM :
Date de naissance :

Prénom :
Poids :

ENTOURER LA BONNE REPONSE

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Avez-vous apporté un produit de contraste pour l'IRM ?
(Pour une éventuelle injection ?) | Oui | Non |
| - Avez-vous des allergies ?
Si oui lesquelles ? | Oui | Non |
| Avez-vous déjà eu une allergie avec une injection de produit iodé ? | Oui | Non |
| Avez-vous déjà eu une allergie avec une injection de produit pour une IRM ? | Oui | Non |
| - Etes-vous diabétique ? | Oui | Non |
| - Etes-vous en insuffisance rénale sévère ? | Oui | Non |
| - Prenez-vous des médicaments pour le coeur ? | Oui | Non |
| - Etes-vous claustrophobe ? | Oui | Non |
| - Etes-vous enceinte ? | Oui | Non |
| - Allaitiez-vous ? | Oui | Non |

CERTAINS MATERIAUX PEUVENT ETRE INCOMPATIBLES AVEC UN EXAMEN IRM

AVEZ-VOUS :

- | | | |
|---|-----|-----|
| ▪ Un pace maker (pile pour le cœur), neurostimulateur ? | Oui | Non |
| ▪ Une pompe à insuline ? | Oui | Non |
| ▪ Des clips cérébraux ? | Oui | Non |
| <u>Depuis quand</u> ?..... | | |
| ▪ Pose de stent, valves cardiaques, prothèses aortiques ? | Oui | Non |
| <u>Référence de matériel</u> : <u>Date d'intervention</u> : | | |
| ▪ Reçu des fragments métalliques (<u>ex</u> : dans les yeux) ? | Oui | Non |
| ▪ Des éclats métalliques ou d'obus dans le corps ? | Oui | Non |
| ▪ Des prothèses auditives | Oui | Non |
| ▪ Des prothèses dentaires (mobiles qui se retirent) | Oui | Non |
| ▪ Tatouages | Oui | Non |

Le jour du rendez-vous merci de venir sans bijoux, piercing, lentilles de contact et maquillage.

Je reconnais avoir pris connaissance de ce questionnaire.

Date et signature :