

QUESTIONNAIRE À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT
AVANT TOUT PASSAGE EN IRM

Nom et prénom du patient : _____

Date de naissance : _____ Téléphone (portable de préférence) : _____

Adresse : _____

Examen programmé : _____

Date et heure du rendez-vous : le _____ à _____

Le patient est-il porteur de :

- Pace maker oui non
- Corps étrangers métalliques intra oculaires oui non
- Pompe à insuline oui non
- Stimulateur médullaire oui non
- Clips neuro-chirurgicaux, carotidiens, aortiques* oui non
- Valves cardiaques, stents, filtres caves* oui non

Si oui, date d'intervention : _____

- Valves de dérivation ventriculaire oui non
- Prothèse auditive, oculaire, dentaire, pénienne* oui non

Autres renseignements :

- Avez-vous déjà fait de la soudure ou de meulage sur le métal (occasionnellement ou professionnellement, peu importe) ? oui non

Si oui, une radio des orbites est obligatoire afin de vérifier l'absence d'éclat (l'IRM étant un aimant géant, vous risquez de perdre la vue)

- Perruque, tatouage oui non
- Prothèse articulaire (genou, hanche, épaule)* oui non

Préciser la date d'intervention : _____

- Structures métalliques, agrafes ou broches* oui non
- Eclats métalliques (balles), piercing* oui non
- Grossesse - allaitement (en cours) oui non
- Intolérance à l'iode ou au gadolinium oui non
- Claustrophobie oui non
- Autres prothèses ou matériel ferromagnétique à préciser : _____

Votre poids : _____

Par la présente, j'atteste l'exactitude des informations communiquées ci-dessus.

Date :

Signature :

* Barrer les mentions inutiles

