

L'appareil d'IRM impose un certain nombre de précautions. Merci de remplir très attentivement le questionnaire ci-dessous. De mauvaises informations pourraient avoir des conséquences sur votre intégrité physique ou la qualité de l'examen. Ce questionnaire est à compléter et à retourner au secrétariat d'imagerie 10 jours avant votre examen

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etes-vous porteur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque implantable ? <input type="checkbox"/></li> <li>- d'une valve cardiaque ? <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>Si oui : Mécanique <input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/></li> <li><i>Merci de rapporter votre carte de porteur qui vous a été remise à l'issue de l'opération</i></li> <li>- d'un neuro-simulateur ? <input type="checkbox"/></li> <li>- d'une pompe à insuline ? <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 ? <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avez-vous :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un implant cochléaire ? <input type="checkbox"/></li> <li>- Un implant oculaire métallique ? <input type="checkbox"/></li> <li>- La cataracte ? Si oui, précisez la date d'intervention : _____ <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>		

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etes-vous porteur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une valve de dérivation LCR ? <input type="checkbox"/></li> <li><i>Si oui, prévoir un rendez-vous avec votre neurochirurgien au plus tard 24h après votre examen pour vérification du réglage.</i></li> <li>- d'une prothèse                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ vasculaire ? (stent, clips, filtre-cave...) ou clips chirurgicaux (agrafes...) <input type="checkbox"/></li> <li>Si oui, précisez la date d'intervention _____</li> <li>▫ ostéo-articulaire ? Si oui, précisez la date d'intervention _____</li> <li>▫ auditive ? <input type="checkbox"/></li> <li>▫ dentaire ? Si oui, bagues (orthodontie) <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etes-vous susceptible d'avoir un élément étranger métallique ailleurs dans le corps ? <input type="checkbox"/></li> <li>Si oui précisez (piercing, éclats d'obus, balle...) _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etes-vous susceptible d'être enceinte ? <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etes-vous claustrophobe ? <input type="checkbox"/></li> </ul>		

CONTRE-INDICATIONS A L'INJECTION DE GADOLINIUM	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avez-vous des allergies connues et quelles réactions avez-vous faites ? <input type="checkbox"/></li> <li>Si oui, précisez : _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etes-vous insuffisant rénal ? <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allaitiez-vous ? <input type="checkbox"/></li> </ul>		

Je soussigné, \_\_\_\_\_  
déclare avoir pris connaissance des contre-indications à l'IRM et certifie l'exactitude des enseignements ci-dessus.

Date	Signature obligatoire
------	-----------------------