

## QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE

A apporter le jour de votre examen

Avec votre ordonnance

La réalisation d'un examen IRM comporte des risques. Si vous répondez oui à l'une de ces questions, il est indispensable d'en informer le cabinet de radiologie où vous avez pris votre rendez-vous pour poursuivre les démarches de renseignement.

**Sans renseignement précis sur vos contre-indications, votre examen pourrait ne pas être réalisé.**

Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : .....

Taille : .....m.....

Poids : ..... kg

Type d'examen IRM (genou, crâne, etc...) : ..... Rendez-vous le : .....

Avez-vous une Affection Longue Durée ? Si oui, pour quel motif : .....

	OUI	NON
Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou défibrillateur cardiaque (pacemaker, pile, holter, ...) ?		
Êtes-vous porteur d'une valve cardiaque, de clips vasculaires ?		
Êtes-vous porteur de stents ou implants de moins de 6 semaines ?		
Êtes-vous porteur d'une valve de dérivation, d'un implant cochléaire ?		
Êtes-vous porteur d'un appareil de type perfusion interne (pompe à insuline, dispositif pour la gestion du diabète, ...), appareil auditif ou neurostimulateur ?		

Si oui, contactez votre spécialiste, chirurgien, cardiologue pour obtenir les renseignements sur votre matériel et les procédures associées (compatibilité IRM, carte ou document avec références).

	OUI	NON
Avez-vous reçu des éclats métalliques dans les yeux (même anciens : soudage, meulage, ...) ?		

Si oui, une radiographie des orbites est obligatoire avant de passer l'IRM. Merci de l'apporter le jour de l'examen.

	OUI	NON
Avez-vous reçu des éclats métalliques dans le corps, même anciens (soudure, meulage, plombs) ?		

	OUI	NON
Avez-vous subi une opération datant de moins d'un mois ?		
Êtes-vous claustrophobe ? Si oui, vous pouvez demander à votre médecin traitant de vous prescrire un calmant et penser à vous faire accompagner le jour de l'examen.		

	OUI	NON
Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		
Êtes-vous en cours d'allaitement ?		

Autres précisions :

.....  
.....

**Je, soussigné(e) M/M<sup>me</sup>..... certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complètement avant la réalisation de mon examen IRM.**

**Date** : ..... **Signature** :