

**CADRE RESERVE A L'I.R.M**

Examen : .....

Commentaires : .....

Rendez-vous : le ..... / ..... / .....

à ..... h .....

SANS IV     AVEC IV

Modifications apportées    Validation radiologue

.....  
 .....  
 .....

.....  
 .....

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir compléter avec précision ce questionnaire, le dater et le signer. Merci de nous le renvoyer dans les plus brefs délais, **ACCOMPAGNE DE L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

Merci de joindre également le compte-rendu d'une éventuelle opération avec pose de matériel chirurgical que vous auriez subi. **Toute demande incomplète ne pourra être prise en compte.**

Dès réception, nous vous contacterons afin de fixer votre rendez-vous.

M. / Mme .....

☒ .....

.....

.....

☎ .....

Document réactualisé le 07/08/2020

**A -**    ✓ **Date de naissance** : ..... / ..... / .....    ✓ **Poids** : .....    ✓ **Taille** : .....

**B – CONTRE-INDICATIONS**

ATTENTION POUR TOUTE REPONSE POSITIVE, JOINDRE IMPERATIVEMENT LE COMPTE-RENDU OPERATOIRE

✓ Etes vous porteur :

*Précisions et références*

- d'un **stimulateur cardiaque** (*pace maker, défibrillateur*)     Non     OUI\* .....
- d'une **valve de dérivation**     Non     OUI\* .....
- d'une **prothèse vasculaire** type filtre, valve, stents...     Non     OUI\* .....
- de **clips chirurgicaux intra-cérébraux**     Non     OUI\* .....
- d'un **neurostimulateur**     Non     OUI\* .....
- d'un **implant cochléaire** (*implant auditif*)     Non     OUI\* .....
- d'**implant oculaire** ou d'**implant de cataracte**     Non     OUI\* .....
- d'**implant mammaire** ou **implant pénien**     Non     OUI\* .....
- d'un **dispositif de ligature de trompes** type ESSURE     Non     OUI\* .....
- d'une **pompe régulatrice d'injection** (*ex pompe à insuline*)     Non     OUI\* .....
- de  **fils métalliques** ou **agrafes post-opératoires**     Non     OUI\* .....

**C – RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

- ✓ **Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans la métallurgie, un atelier de meulage**     Non     OUI
- ✓ **Avez-vous pu recevoir ou déjà fait retirer des corps métalliques dans les yeux ?**     Non     OUI
- ✓ **Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire** (*genou, hanche ...*)     Non     OUI  
     **si oui, quelle articulation ?** ..... **et année d'intervention :** .....
- ✓ **Etes-vous porteur de matériel osseux** (*tiges, plaques, broches ou clous au niveau des os*)     Non     OUI  
     **si oui, quelle articulation ?** ..... **et année d'intervention :** .....
- ✓ **Présentez-vous une insuffisance rénale connue ou une maladie rénale ?**     Non     OUI
- ✓ **Etes-vous porteur d'un tatouage ou d'un piercing ?**     Non     OUI
- ✓ **Etes-vous porteur d'un patch** (*hormones, patch anti-tabac...*) ?     Non     OUI
- ✓ **Etes-vous enceinte de moins de 3 mois** (*ou présentez-vous un risque de grossesse*)     Non     OUI
- ✓ **Allaitez-vous** actuellement votre enfant ?     Non     OUI
- ✓ **Etes-vous claustrophobe ?**     Non     OUI

**D – CONSENTEMENT**

Je soussigné(e) ..... accepte la réalisation de l'examen IRM.  
 Questionnaire complété le ..... / ..... / .....    Signature :