

QUESTIONNAIRE MEDICAL DEMANDE D'I.R.M.

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|--|
| Votre mail : | | | |
| Nom Prénom : | | | |
| Date de naissance : / / | <u>Poids</u> : kg | <u>Taille</u> : cm | |
| Adresse : | | | |
| Téléphone : | Médecin prescripteur : | | |

- Etes-vous claustrophobe (peur des ascenseurs, des parkings souterrains, ou panique lors d'un examen précédent scanner ou IRM ? Oui Non
- Avez-vous déjà travaillé ou bricolé les métaux au cours de votre vie (soudage, meulage, disqueuse..) même occasionnellement Oui Non
- Etes-vous susceptible d'avoir reçu des projectiles ou des éclats métalliques dans l'oeil ou dans le reste du corps ?..... Oui Non
- Etes-vous porteur :
- de prothèse ? (si oui, entourez) dentaire oculaire auditive Oui Non
 - d'un Pace Maker (pile au cœur) ?..... Oui Non
 - d'un défibrillateur implantable ?..... Oui Non
 - d'un stimulateur neurologique ?..... Oui Non
 - de clips ou stents vasculaires ?..... Oui Non
 - d'un implant cochléaire ?..... Oui Non
 - d'une pompe à insuline ?..... Oui Non
 - d'un patch quelconque (diabète) ?..... Oui Non
 - d'une dérivation ventriculo-péritonéale ?..... Oui Non

si oui, prenez contact avec le centre hospitalier de Bourges ou autre avec service neurologique +++

- Avez-vous un tatouage ? si oui, année : Oui Non
- Avez-vous du maquillage permanent ?..... Oui Non

Mesdames, ne vous maquillez pas les yeux le jour de l'examen.

- Avez-vous été opéré du cœur (pose de stent, valve cardiaque, ...) ?..... Oui Non
Si oui, précisez : **fournir compte-rendu opératoire avant IRM +++**

- Avez-vous été opéré de la tête (valve, anévrisme,...) ?..... Oui Non
Si oui, précisez : **fournir compte-rendu opératoire avant IRM +++**

- Avez-vous du matériel orthopédique ?..... Oui Non
(prothèse articulaire, vis, broche, plaque,...) si oui, précisez le type et la localisation :

- Avez-vous eu une intervention chirurgicale de moins de 6 mois ?..... Oui Non
Si oui, tenir compte de ce délai avant examen IRM

- Avez-vous des allergies ?..... Oui Non
Lesquelles :
- Avez-vous des problèmes rénaux, une insuffisance rénale ?..... Oui Non

Enlever tout piercing et tout bijou avant de vous rendre à votre examen.

Pour les femmes uniquement :

- Etes-vous enceinte ou y-a-t-il un risque de l'être ?..... Oui Non
si oui, précisez de combien de semaines :

- Avez-vous un moyen de contraception ?..... Oui Non
Si non, avez-vous des rapports protégés ?..... Oui Non

- Allaitez-vous ?..... Oui Non
Si oui, arrêt de l'allaitement 48h suite à un examen réalisé avec injection de produit de contraste.

En signant, vous donnez votre consentement pour réaliser l'examen.

Date

Signature