

QUESTIONNAIRE MEDICAL DEMANDE D'I.R.M.

Votre mail :
Nom Prénom :
Date de naissance :/...../..... Poids :.....kg Taille :.....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 ☐ Nonsi 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
- Allaitiez-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