

## QUESTIONNAIRE IRM (français)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Poids : \_\_\_\_\_ kg                      Taille : \_\_\_\_\_ cm

Avez-vous déjà passé une IRM ? OUI     NON

Merci de répondre à toutes les questions	OUI	NON
Stimulateur cardiaque (pacemaker, pile) ou défibrillateur		
Valve cardiaque, si oui apporter les références pour vérifier la compatibilité ou les communiquer au préalable au service.		
Clips chirurgicaux, stents		
Avez-vous reçu des éclats métalliques dans les yeux, <u>même anciens</u> (soudure, meulage, plomb...) ? S'il y a un doute, prendre contact au préalable avec le service.		
Valve de dérivation ventriculo-péritonéale		
Pompe à médicaments implantée ou neurostimulateur, capteur de glycémie type FREESTYLE		
Implants cochléaire (oreille interne)		
Prothèse articulaire (broches, clous, tiges...) posée il y a moins de 6 semaines		
Êtes-vous allergique connu au gadolinium (produit de contraste IRM) ou au lactose ?		
Êtes-vous insuffisant rénal ?		
Avez-vous des prothèses auditives ou dentaires (amovible) ?		

Madame, êtes-vous enceinte ?		
Allaitez-vous ?		
Date des Dernières Règles :		

Tout matériel médical amovible doit être retiré (appareil auditif, capteur de glycémie, pompe à insuline capteur de glycémie type Freestyle...). En cas de doute, demander au manipulateur ou au médecin.

Signature :

Date :