

Questionnaire médical IRM

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Pour les patients mineurs non accompagnés, le consentement écrit d'un des parents est nécessaire.

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant autorise la réalisation de l'examen IRMprescrit.

Date :/...../.....

Signature du responsable :

Poids : Taille.....(pour paramétrer la machine)

| AVEZ-VOUS | oui | non |
|---|------------|------------|
| Un Pace-Maker ou stimulateur cardiaque | | |
| Une Valve cardiaque | | |
| ➤ Si oui quel est le nom ou le modèle de votre valve :..... | | |
| Une pompe à médicaments implantée ou un neurostimulateur (sauf chambre implantable) | | |
| Des clips médicaux ou des stents posés il y a moins d'1 mois | | |
| Un appareil dentaire, une prothèse auditive ou implant cochléaire | | |
| Un risque d'avoir reçu des éclats métalliques dans les yeux même anciens | | |
| Déjà présenté des signes d'allergie suite à une injection de gadolinium en IRM | | |
| Des allergies ou de l'asthme | | |
| ➤ Si oui avez-vous été prémédiqué | | |
| Un risque d'être enceinte le jour de l'examen ou en cours d'allaitement | | |
| ➤ Si oui quelle est la date de vos dernières règles : | | |
| Une insuffisance rénale connue | | |
| Eu une transplantation rénale ou hépatique | | |



En cas de questions sur ces différents points, n'hésitez pas à nous appeler au 02.35.22.33.33

Le jour de l'examen :

- Ne pas se maquiller ou mettre de lotion corporelle.
- Ne pas mettre de lentilles pour les examens du crâne.
- Prévoir de retirer les bijoux et les piercings.
- Apporter la **carte vitale** ou son attestation.
- Apporter les anciens examens et les dernières prises de sang.
- Il vous sera demandé, selon l'examen pratiqué, un règlement de **61.50 euros ou 70.50** (remboursé par la suite).

Je soussigné(e)....., certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complètement, avant la réalisation de l'examen IRM.

Date :/...../.....

signature :