

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 :