

 Imagerie Médicale	<b>FORMULAIRE à imprimer</b> <b>QUESTIONNAIRE d'IRM du CH de ROYAN</b> <b>pour un patient externe</b>		Référence : FOR-IMM-IRM-004		
			Création le 29/01/2016 Modification le 19/12/2022		
			Page 1 sur 1	Version 5	
	<b>REDACTION</b>	<b>VERIFICATION</b>	<b>APPROBATION</b>		
Date : Nom : Fonction : Signature :	Le 17/12/2022 <b>Gilles CHEVAL</b> Cadre de santé	Le 18/12/2022 <b>Dr Kamilia BEN KADDOUR</b> Radiologue	Le 19/12/2022 <b>Dr RASSCHAERT Jean-Luc</b> Responsable Imagerie Médicale		

**IRM - SERVICE de RADIOLOGIE du CENTRE HOSPITALIER de ROYAN**  
**20, Avenue de St Sordelin - 17640 VAUX SUR MER – Tél. : 05.46.39.52.15**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Taille :</b>	<b>Poids :</b>	<i>(si plus de 120 kg nous contacter)</i>
<b>Adresse principale :</b>		
<b>Téléphone (portable de préférence) :</b>		
<b>Adresse mail :</b>		
<b>Nom et prénom du médecin prescripteur :</b>		

Merci de répondre aux questions suivantes et de suivre les instructions notées à droite de la case pour « oui » :

- Avez-vous une pile cardiaque (pacemaker ou défibrillateur) ? (si oui Date de pose .....)  
 Non     Oui → **IRM POSSIBLE**, uniquement sous certaines conditions (voir avec la secrétaire lors de la prise de RDV).
- Avez-vous été opéré ou biopsié il y a moins de six semaines ou y a-t-il une opération de prévue prochainement ?  
 Non     Oui → **IRM IMPOSSIBLE**, nous contacter immédiatement pour décaler le rendez-vous.
- Avez-vous déjà bricolé des métaux au cours de votre vie (soudure, meuleuse ....), travaillez-vous actuellement les métaux (plombier, mécanicien .. ?), Etes-vous susceptible d'avoir reçu des projectiles ou éclats métalliques dans l'œil au cours de votre vie (plombs de chasse, limaille ...) ?  
 Non     Oui → **faire une radiographie des orbites avant l'examen.**
- Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ?  
 Non     Oui
- Etes-vous claustrophobe ?  
 Non     Oui
- Avez-vous été opéré ?
  - \* Du cerveau : anévrisme, valve ventriculaire ..... ?  
 Non     Oui → se déplacer au service de radiologie.
  - \* Du cœur : valve, stent coronarien .... ?  
 Non     Oui → nous apporter les références du matériel et la date de pose.
  - \* De la cataracte ?  
 Non     Oui → Joindre **IMPERATIVEMENT** à ce questionnaire les références des implants (dans le cas contraire, l'examen pourra ne pas être réalisé).
- Etes-vous porteur d'un dispositif d'auriculothérapie ou d'un patch diabétique (ex : freestyle Abot) ?  
 Non     Oui → **IRM impossible, nous contacter pour décaler votre rendez-vous**
- Avez-vous des antécédents allergiques ?  
 Non     Oui → nous contacter immédiatement

**MERCI DE RETIRER TOUT OBJET FERROMAGNETIQUE AVANT VOTRE EXAMEN IRM (bijoux, piercing)**

**Examen demandé par votre médecin (région/organe) :** .....

Avez-vous passé des examens récents (moins d'un an), en rapport avec ce problème (cocher la case correspondante) ?

<b>Radiographie standard</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	}	<b>A apporter le jour de l'examen</b>
<b>Echographie</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
<b>Scanner</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
<b>IRM</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		

**DATE :** .....

**SIGNATURE DU PATIENT :** .....



**Pour la prise de rendez-vous, apporter ce questionnaire complété, votre demande d'examen**  
**et votre dossier médical en rapport avec l'IRM,**  
**du lundi au vendredi entre 9 H et 16 H au secrétariat du service de radiologie du CH ROYAN.**  
*Ne pas l'envoyer par courriel (messagerie internet), ni par FAX.*