

	FORMULAIRE à imprimer QUESTIONNAIRE d'IRM du CH de ROYAN pour un patient externe		Référence : FOR-IMM-IRM-004		
			Création le 29/01/2016 Modification le 11/01/2019		
			Page 1 sur 1	Version 4	
Date : Nom : Fonction : Signature :	REDACTION Isabelle GUILLEMINOT Assistante Médico Administrative	VERIFICATION Dominique VEAU Cadre de Santé	APPROBATION Dr RASSCHAERT Jean-Luc 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

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

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

1. Avez-vous une pile cardiaque (pacemaker) ?
 Non Oui → IRM POSSIBLE, uniquement sous certaines conditions (voir avec la secrétaire lors de la prise de RDV).
2. Avez-vous été opéré 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.
3. Avez-vous déjà bricolé des métaux au cours de votre vie (soudure, meuleuse), travaillez-vous actuellement les métaux (plombiers, 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 du crâne avant l'examen.
4. Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ?
 Non Oui
5. Etes-vous claustrophobe ?
 Non Oui
6. 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.
 - * 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).
7. 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
8. Avez-vous des antécédents allergiques ?
 Non Oui → nous contacter immédiatement
9. Avez-vous une insuffisance rénale ?
 Non Oui → nous contacter immédiatement

Région ou organe à explorer :

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

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|--|
| Radiographie standard | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → apporter l'examen |
| Echographie | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → apporter l'examen |
| Scanner | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → apporter l'examen |
| IRM | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → apporter l'examen |

DATE :

SIGNATURE DU PATIENT :



Pour la prise de rendez-vous, apporter ce questionnaire complété, votre ordonnance
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.