



QUESTIONNAIRE D'IRM POUR PATIENT EXTERNE

IRM - SERVICE de RADIOLOGIE du CENTRE HOSPITALIER de ROYAN
20, Avenue de St Sordelin - 17640 VAUX-SUR-MER – Tél. : 05.46.39.66.10

Nom : Prénom : Date de naissance :

Taille : Poids : (si plus de 120 kg nous contacter)

Téléphone (portable de préférence) :

Adresse mail :

Avez-vous déjà passé un examen IRM ?

☐ OUI

Date :

☐ NON

Avez-vous subi une intervention chirurgicale récemment ?

☐ OUI

Date :

☐ NON

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

OUI NON

■ Etes-vous porteur :

- d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque implantable ?

- d'une valve cardiaque ?

Si OUI : Référence : Mécanique* ☐ Biologique ☐

*Merci de rapporter votre carte de porteur

- d'un neuro-simulateur ?

- d'une pompe à insuline ?

■ Avez-vous déjà bricolé des métaux (soudure, meulage, ...) ou êtes-vous susceptible d'avoir reçu des projectiles métalliques dans l'œil (plombs de chasse, limaille, ...) ?

■ Avez-vous :

- Un implant cochléaire ? Si OUI : Référence :

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

OUI NON

■ Etes-vous porteur :

- d'un valve de dérivation LCR ? Si OUI : Date : Référence :

Programmer une radio du crâne avant et après examen

- d'une prothèse ?

- d'une pompe à insuline ?

■ Vasculaire ? (stent, clips, filtre-cave...) ou clips chirurgicaux (agrafes...)

Si OUI, précisez la date d'intervention..... (Pour les stents cœur pas besoin de référence)

■ Etes-vous susceptible d'avoir un élément étranger métallique ailleurs dans le corps ?

Si OUI, précisez (piercing, éclats d'obus, balle...)

■ Etes-vous susceptible d'être enceinte ?

■ Etes-vous claustrophobe ?

CONTRE-INDICATIONS A L'INJECTION DE GADOLINIUM

OUI NON

■ Avez-vous des allergies connues et quelles réactions avez-vous faites ?

Si OUI, précisez

■ Etes-vous insuffisant rénal ?

■ Allaitiez-vous ? Si OUI, Arrêt pendant 24 h

Je soussigné(e),

Déclare avoir pris connaissance des contre-indications à l'IRM et certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date :

Signature obligatoire :