



CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

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
<ul style="list-style-type: none">■ Etes-vous porteur :<ul style="list-style-type: none">- d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque implantable ?- d'une valve cardiaque ? Si OUI : Référence : Mécanique* <input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> <i>*Merci de rapporter votre carte de porteur</i>- 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 :<ul style="list-style-type: none">- Un implant cochléaire ? Si OUI : Référence :		

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none">■ Etes-vous porteur :<ul style="list-style-type: none">- d'un valve de dérivation LCR ? Si OUI : Date : Référence : <i>Programmer une radio du crâne avant et après examen</i>- 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
<ul style="list-style-type: none">■ Avez-vous des allergies connues et quelles réactions avez-vous faites ? Si OUI, précisez■ Etes-vous insuffisant rénal ?■ Allaitez-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 :