

QUESTIONNAIRE

(à remplir et signer impérativement)

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE:
POIDS : TAILLE :
NUMERO DE TELEPHONE:

ATTENTION : si vous répondez oui à une des questions, merci de contacter le secrétariat d'imagerie médicale au 03.21.88.71.59.

CONTRE INDICATIONS FORMELLES :

Avez-vous un pacemaker (pile cardiaque) ou défibrillateur cardiaque ? oui non
Avez-vous un neurostimulateur ou un implant cochléaire ? oui non
Avez-vous reçu des corps étrangers métalliques dans l'oeil ou dans la cavité Orbitaire (limaille de fer), implants oculaires ? oui non

Pour tous implants venir avec la carte indiquant les références obligatoires pour la réalisation de l'IRM

- Si oui, ont-ils été retirés ?.....

CONTRE INDICATIONS RELATIVES :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? oui non
Avez-vous subi une intervention chirurgicale ses 6 dernières semaines ? oui non
Avez-vous été opéré d'une valve cardiaque ? oui non
Avez-vous été opéré des yeux ? oui non

- Si oui, en quelle année ? Précisez la nature de l'intervention

Avez-vous été opéré des vaisseaux (des clips vasculaires, des stents...)? oui non

- Si oui, en quelle année ? Précisez la nature de l'intervention

Avez-vous subi une intervention au niveau du cerveau ? oui non

- Si oui, en quelle année ? Précisez la nature de l'intervention

Avez-vous un appareillage ou une prothèse quelconque ? oui non

Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques (plomb, limaille...)? oui non

- Si oui, appelez le secrétariat du service d'imagerie médicale et précisez dans quelle partie du corps.....

Avez-vous des tatouages, maquillages permanents, piercings ? oui non

Etes-vous claustrophobe (crainte de prendre l'ascenseur) ? oui non

Portez-vous un dispositif transdermique ? oui non

Si oui, le médecin prescripteur de ce patch vous donne-t-il la possibilité d'ôter celui-ci lors de la réalisation de l'examen ?

CONTRASTE :

Allaitez-vous ? oui non
Avez-vous une insuffisance rénale ? oui non
Etes-vous dialysé ? oui non
Avez-vous déjà eu une IRM avec injection ? oui non
Avez-vous déjà eu des problèmes d'allergie ? oui non

Si oui, avec quel produit ?.....

- De quel type ?

Asthme Urticatoire Eczéma OEdème de Quincke

D'une manière générale, n'hésitez pas à nous communiquer tout renseignement qui vous paraîtrait important (intervention chirurgicale récente, maladie sérieuse...)

.....
.....
.....
.....

CONSENTEMENT

(à remplir et signer impérativement)

Madame, Mademoiselle, Monsieur

.....
A personnellement rempli et compris cette fiche le

.....
Et donné son accord pour que l'examen soit réalisé.

A (ville)....., le (date).....

Signature :

**REF : Société Française de Radiologie (SFR)*