



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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - d'une valve cardiaque ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI : Référence : Mécanique* <input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> *Merci de rapporter votre carte de porteur - d'un neuro-simulateur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - d'une pompe à insuline ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ 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, ...) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ Avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> - Un implant cochléaire ? Si OUI : Référence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 		

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 : Programmer une radio du crâne avant et après examen - d'une prothèse ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - d'une pompe à insuline ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ Vasculaire ? (stent, clips, filtre-cave...) ou clips chirurgicaux (agrafes...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, précisez (piercing, éclats d'obus, balle...) ▪ Etes-vous susceptible d'être enceinte ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ Etes-vous claustrophobe ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 		

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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, précisez ▪ Etes-vous insuffisant rénal ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ Allaitiez-vous ? Si OUI, Arrêt pendant 24 h <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 		

Je soussigné(e),
 Déclare avoir pris connaissance des contre-indications à l'IRM et certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : Signature obligatoire :