CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

QUESTIONNAIRE D'IRM POUR UN PATIENT EXTERNE

A envoyer par mail à l'adresse suivante => secretariat.irm@ch-royan.fr

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ___/___/___ **Taille :** _____ **Poids :** _____

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'un neuro-stimulateur ?	❒	❒
- d'une valve de dérivation LCR ?	❒	❒
- d'un implant cochléaire ?	❒	❒

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES	OUI	NON
▪ Etes-vous porteur :		
- d'une pompe à insuline ?	❒	❒
- d'une prothèse ? Si **OUI,** à quel niveau du corps et depuis quand _____	❒	❒
▪ Etes-vous porteur de stent, valve cardiaque, clips, filtre-cave ou clips chirurgicaux (agrafes…)	❒	❒
▪ Avez-vous déjà bricolé des métaux (soudure, meulage, …) ? Si **OUI**, portez-vous systématiquement des lunettes de protection ❒ OUI ❒ NON	❒	❒
▪ 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 _____		
▪ Allaitez-vous ?	❒	❒

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

Date : Signature obligatoire :