

QUESTIONNAIRE DE CONTRE-INDICATIONS IRM

**ATTENTION : CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE REMPLI ENTIÈREMENT AVANT
DE VOUS RENDRE À VOTRE RENDEZ-VOUS**

Toute réponse incomplète ou erronée peut entraîner un examen de mauvaise qualité,
des accidents, voire une annulation.

Nom Prénom : Date de Naissance : Poids : Kg => si supérieur à 120 kg, appeler le secrétariat Taille : mètre	Allergie : Claustrophobie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Prendre éventuellement une prémédication (décontractant) 1h avant. Insuffisance Rénale : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Appareil auditif/dentaire : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
--	--

Veillez lister **TOUTES** vos opérations anciennes ou récentes (précisez si présence de matériel vis, plaque, prothèse...) :

Si vous répondez OUI à une ou plusieurs questions ci-dessous, il est OBLIGATOIRE de nous contacter par téléphone au 04.74.70.78.78 ou par mail

MATÉRIEL IMPLANTÉ		MATÉRIEL EXTERNE	
Opération cœur, artères ou cerveau	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Pompe médicamenteuse (insuline, morphine, patch)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
PaceMaker/Stimulateur/Défibrillateur*	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Lecteur de glycémie	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Holter implantable	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Auriculothérapie	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Clip/Coil vasculaire*	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Limailles, éclats métalliques dans les yeux (même indolores)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Stent périphérique ou coronaire*	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Tatouage de moins d'1 mois	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Valve cardiaque-cérébrale*	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Suture, agrafe récente	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Endoprothèse aortique, biliaire*	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Oxygène	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Implant ou prothèse dans l'oreille*	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	AUTRES RENSEIGNEMENTS	
*L'Examen ne sera pas réalisé en l'absence de références précises concernant le matériel implanté ou externe. Contacter rapidement l'IRM pour fournir la carte d'identification du dispositif ou le compte-rendu opératoire, AVANT l'examen. Ces références devront être validées par l'équipe IRM.		Suspicion grossesse	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
		Allaitement ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Les informations manquantes ou erronées peuvent entraîner des risques pour le patient et engager la responsabilité pénale du médecin demandeur. Tous les produits de contraste utilisés en imagerie sont généralement bien tolérés mais sont cependant susceptibles de pouvoir entraîner des effets indésirables comme l'œdème de Quincke ou l'anaphylaxie. Il s'agit le plus généralement de manifestations bénignes : nausées, vomissements, éruptions cutanées urticariennes, prurit. Il peut apparaître des problèmes locorégionaux au niveau du point de ponction : plaie veineuse, hématome ou extravasation du produit de contraste.

Je certifie avoir pris connaissance des différentes contre-indications et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire. Date :/...../.....

Signature Patient :

ou Représentant légal :

ou Personne de confiance

Accord radiologue :
ACC-FOR-02-V14