

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE DES SOURCES

25, Avenue des Sources – 69338 LYON CEDEX 09
Tel : 04 78 66 20 66 - Fax : 04 78 43 81 61 – www.irm-des-sources.com

IMPORTANT

Les examens IRM nécessitent certaines précautions :

il est indispensable pour qu'ils puissent être réalisés que le questionnaire de contre-indications soit convenablement rempli.

Des réponses incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen de mauvaise qualité, être à l'origine d'accidents, voire ne pas être réalisé.

De ce fait, IL EST IMPÉRATIF DE CONTACTER LE SECRÉTARIAT AU PLUS VITE SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS en appelant le 04.78.66.20.66 ou en envoyant un mail à irmsec69@orange.fr**

QUESTIONNAIRE IRM

(À COMPLÉTER DÈS RÉCEPTION ET APPORTER LE JOUR DE L'EXAMEN)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids : kg (nécessaire pour les réglages de l'IRM)
=> si supérieur à 120 kg, appeler le secrétariat

Taille : mètre

Claustrophobe : OUI** - NON *

Allergie :

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.

Si vous avez subi des **interventions chirurgicales**, anciennes ou récentes, de quoi avez-vous été opéré et existe-t-il la présence de matériel d'ostéosynthèse (vis-prothèse....) :

STIMULATEUR CARDIAQUE..... OUI** - NON*
(pile cardiaque, pace-maker)

CLIP/COIL VASCULAIRE (cérébral....).. OUI** - NON
Si oui : date de pose :/...../.....
Ref (compte rendu opératoire).....

STENT (CORONAIRE – PÉRIPHÉRIQUE*).. OUI** - NON
Si oui : date de pose :/...../.....
Réf (compte rendu opératoire).....

VALVE CARDIAQUE/CEREBRALE*..... OUI** - NON
ENDOPROTHESE AORTIQUE
Si oui : date de pose :/...../.....
Réf (compte-rendu opératoire):.....

AGRAFE / AURICULOTHERAPIE..... OUI** - NON
ECLAT METALLIQUE (DANS LES YEUX)..... OUI** - NON

TATOUAGE DE MOINS DE 1 MOIS..... OUI** - NON

IMPLANT COCHLEAIRE..... OUI** - NON

POMPE MEDICAMENTEUSE..... OUI** - NON
(Insuline, morphine, patch.....)

LECTEUR DE GLYCEMIE OUI** - NON

STIMULATEUR, HOLTER..... OUI** - NON
Si oui : date de pose :/...../.....
Réf (compte-rendu opératoire) :.....

SUSPICION DE GROSSESSE OUI** - NON

GROSSESSE EN COURS..... OUI** - NON

ALLAITEMENT..... OUI** - NON

INSUFFISANCE RENALE..... OUI** - NON

APPAREIL AUDITIF..... OUI** - NON

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

Date :/...../.....

Signature du patient :

Accord radiologue :

*rayez la mention inutile

** SI OUI APPELER LE SECRÉTARIAT