

IMAGERIE PAR **R**ESONANCE **M**MAGNETIQUE  
DES SOURCES

25, Avenue des Sources - 69338 LYON Cedex 09  
Tél : 04 78 66 20 66 - Fax : 04 78 43 81 61 - www,irm-des-sources,com

NOM : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ... /... /...  
TAILLE : ..... POIDS : .....

MÉDECIN GENERALISTE DÉCLARÉ : ..... DATE DU JOUR : .....

**Il n'est pas nécessaire d'être à jeun le jour de l'examen SAUF pour les IRM digestives, de la cavité abdominale et/ou pelvienne.**  
**Enfin, pour les IRM cérébrales, NE PAS SE MAQUILLER.**

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 ou hématome extravasation du produit de contraste.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir dès réception le questionnaire ci-dessous :

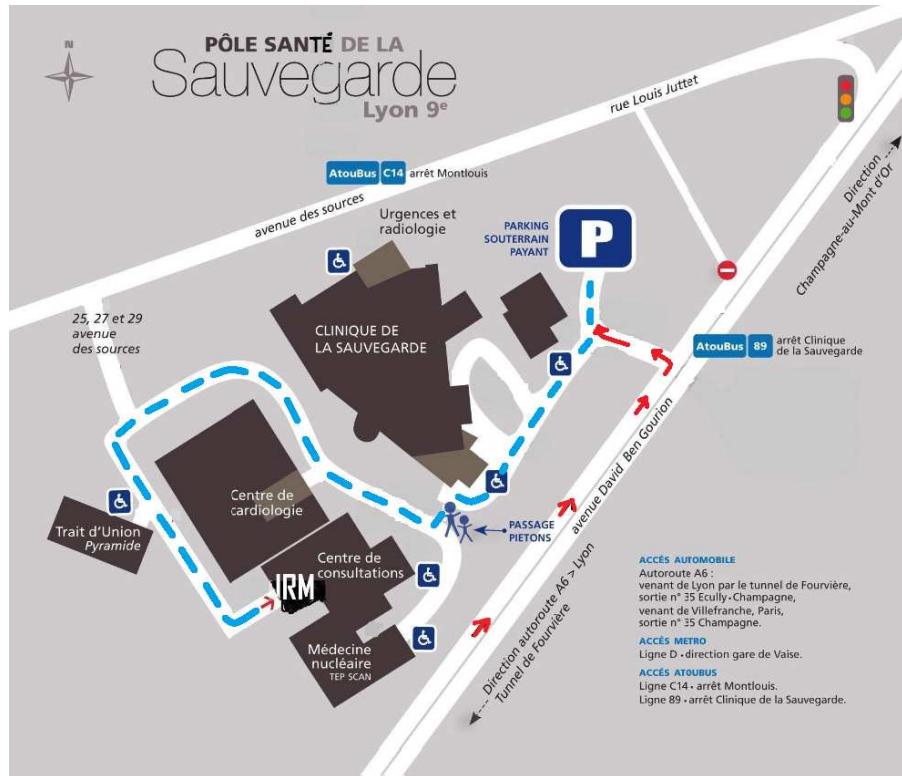
- **Si vous avez-vous subi une intervention chirurgicale (ancienne ou récente) :** de quoi avez-vous été opéré(e) ? Merci d'être le plus exhaustif possible car toute intervention peut avoir une incidence.  
.....  
.....  
.....
- Êtes-vous porteur d'une **pile cardiaque (pacemaker)**  OUI  NON
- Avez-vous déjà été opéré du cœur, des artères, du cerveau ?  OUI  NON  
**(Stents, valves, clips chirurgicaux, agrafes, pompe, stimulateur, Holter...)**
- Avez-vous pu recevoir des **projectiles métalliques** (Éclats métalliques, balle...),  
Quelle que soit l'ancienneté, notamment près des yeux ?  OUI  NON
- Êtes-vous porteur d'un **appareillage quelconque**  
(auditif, patch/lecteur glycémie, oxygène, auriculothérapie...) ?  OUI  NON
- Êtes-vous **claustrophobe**  OUI  NON
- Votre poids excède-t-il 120 kg ?  OUI  NON
- Madame, êtes-vous **enceinte** ou **en cours d'allaitement** ?  
En cas de **suspicion de grossesse**, pratiquer un **test dans un laboratoire**  OUI  NON
- Avez-vous fait l'objet d'un **tatouage récent**? (moins de 1 mois)  OUI  NON
- Êtes-vous **insuffisant rénal (ou maladies liées aux reins)** ?  OUI  NON

**Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus : appeler IMPERATIVEMENT ETAU PLUS VITE notre secrétariat IRM au 04.78.66.20.66 (sauf si la question a été traitée à la prise de rendez-vous)**

Je reconnais avoir été informé des risques potentiels encourus par la réalisation de l'examen IRM pratiqué ce jour.  
ACCORD RADIOLOGUE : SIGNATURE PATIENT :

L'imageur fonctionne à l'aide d'un gros aimant qui analyse, à distance, les organes de votre corps. Cet examen est **indolore** mais **bruyant**, une protection auditive vous sera fournie.

Plan pour accéder à l'IRM DES SOURCES :



Stationnement : Parking souterrain payant Clinique de la Sauvegarde  
Chemin piéton jusqu'à l'IRM  
Pour les personnes à mobilité réduite : possibilité de dépose-minute devant l'IRM

### Pour les patients mineurs ou sous tutelle

Je soussigné(e) Monsieur, Madame Nom : .....Prénom : ....., représentant légal,

autorise la réalisation de l'examen IRM à mon fils ou ma fille : Nom : .....Prénom : .....,

ainsi que l'injection d'un produit de contraste (Gadolinium) par voie intra veineuse, si l'examen le nécessite.

**Signature du Représentant légal :**