**QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE**

A apporter le jour de votre examen

Avec votre ordonnance

La réalisation d’un examen IRM comporte des risques. Si vous répondez oui à l’une de ces questions, il est **INDISPENSABLE** d’en informer le cabinet de radiologie où vous avez pris votre rendez-vous pour poursuivre les démarches de renseignement. Vous pouvez joindre les secrétaires au 04 50 27 57 20

**Sans renseignement précis sur vos contre-indications, votre examen pourrait ne pas être réalisé.**

*Nom* : *…………………………..*  *Date de naissance* : *……………………*

*Prénom* : *………………………*

*Taille :…..m….. Poids : ….. kg*

*Type d’examen IRM (genou, crâne, etc…) : …………………………………………… Rendez-vous le : ……………………..*

*Avez-vous une Affection Longue Durée ? Si oui, pour quel motif : ……………………………………………………………..*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Êtes-vous porteur d’un stimulateur ou défibrillateur cardiaque (pacemaker, pile, holter, …) ? |  |  |
| Êtes-vous porteur d’une valve cardiaque, de clips vasculaires ? |  |  |
| Êtes-vous porteur de stents ou implants de moins de 6 semaines ? |  |  |
| Êtes-vous porteur d’une valve de dérivation, d’un implant cochléaire ? |  |  |
| Êtes-vous porteur d’un appareil de type perfusion interne (pompe à insuline, dispositif pour la gestion du diabète, ...), appareil auditif ou neurostimulateur ? |  |  |

Si oui, contactez votre spécialiste, chirurgien, cardiologue pour obtenir les renseignements sur votre matériel et les procédures associées (compatibilité IRM, carte ou document avec références).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Avez-vous reçu des éclats métalliques dans les yeux (même anciens : soudage, meulage, …) ? |  |  |

Si oui, une radiographie des orbites est obligatoire avant de passer l’IRM. Merci de l’apporter le jour de l’examen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Avez-vous reçu des éclats métalliques dans le corps, même anciens (soudure, meulage, plombs) ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Avez-vous subi une opération datant de moins d’un mois ? |  |  |
| Êtes-vous claustrophobe ? Si oui, vous pouvez demander à votre médecin traitant de vous prescrire un calmant et penser à vous faire accompagner le jour de l’examen. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l’être ? |  |  |
| Êtes-vous en cours d’allaitement ? |  |  |

Autres précisions : *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Je, soussigné(e) M/Mme………………………………………………………………………………………... certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complétement avant la réalisation de mon examen IRM.**

**Date :** *………………………………………………* **Signature :**