

20, Avenue Georges Guynemer
14000 CAEN
Tél. : 0231521000

IMPORTANT :

Les examens IRM nécessitent certaines précautions. Il est indispensable pour qu'ils puissent correctement être réalisés, que le questionnaire suivant soit convenablement rempli. Des indications incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen inutile, de mauvaise qualité ou être cause d'accident.

QUESTIONNAIRE IRM

Nom :

Prénom :

Date du rendez-vous :

Heure :

Examen :

Adresse :

Date de naissance :

Tél & GSM :

ANTECEDENTS - CONTRE-INDICATIONS ?

Oui Non
Claustrophobie ?
Travailleur de métaux ?

si OUI demander de faire impérativement pratiquer une radio au préalable des orbites.

Pace Maker ?
Stents ?
Clips neuro-chirurgicaux ?
Clips vasculaires ?
Valve cardiaque ?

Si oui type ?
Prothèse auditive ?
Femme enceinte ou Allaitant.....
Diabétique ?
Insuffisance Rénale.....
Présence de Prothèses Mammaires...
Appareil Dentaire.....

Acceptez-vous l'injection de produit de contraste, si nécessaire.....

Oui Non
Valve intra-crânienne ?
Matériel d'ostéosynthèse ?

Prothèse articulaire :
laquelle ?
Structures métalliques ou agrafes ?
Corps étranger oculaire ?
Eclat ? (métal, balle ?)

Autres matériels
ferromagnétiques ?
Allergies ?
Perruque ?
Tatouage ?
Pompe à insuline ?

Avez-vous subi une intervention chirurgicale récemment ? Si oui laquelle ?

Votre traitement en cours :

Autres :

Votre poids : Kg Votre Taille : cm.

Je soussigné(e) M, Mme, Melle certifie avoir pris connaissance
des différentes contre-indications relatives à l'examen de l'IRM et avoir répondu
avec exactitude à ce questionnaire.

Date: Signature obligatoire :