

**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                      |                                           | Oui                      | Non                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Claustrophobie ? .....                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Valve intra-crânienne ? .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Travailleur de métaux ? .....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Matériel d'ostéosynthèse ? .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| si OUI demander de faire impérativement pratiquer une radio au préalable des orbites. |                          |                          |                                           |                          |                          |
| Pace Maker ? .....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse articulaire : .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stents ? .....                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | laquelle ? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clips neuro-chirurgicaux ? .....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Structures métalliques ou agrafes ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clips vasculaires ? .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corps étranger oculaire ? .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valve cardiaque ? .....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eclat ? ( métal, balle ? ) .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui type ? .....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                          |                          |
| Prothèse auditive ? .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres matériels                          |                          |                          |
| Femme enceinte ou Allaitant.....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ferromagnétiques ? .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabétique ? .....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies ? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance Rénale.....                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perruque ? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présence de Prothèses Mammaires...                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tatouage ? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil Dentaire.....                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à insuline ? .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acceptez-vous l'injection de produit de contraste, si nécessaire.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                          |                          |

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 : .....