

## QUESTIONNAIRE MEDICAL IRM

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Acceptez-vous de recevoir des documents administratifs liés à votre rendez-vous, par envoi sur votre boîte mail donc non sécurisée (prescription, préparation, convocation, compte-rendu) :**

Si oui : votre adresse mail :

**Poids : .....Kg... Taille : .....m..... (obligatoire pour paramétrer la machine)**

Si vous répondez oui à une des questions ci-dessous, nous prévenir de suite. <b>AVEZ VOUS ?</b>	OUI	NON
Un pace maker ou un stimulateur cardiaque		
Une valve cardiaque :		
Si oui, quel est le nom ou le modèle de votre valve :		
Une pompe à médicaments implantée ou un neurostimulateur ( sauf chambre im-plantable)		
Des clips médicaux ou des stents posés il y a moins d'un mois		
<input type="checkbox"/> Un appareil dentaire, <input type="checkbox"/> une prothèse auditive, <input type="checkbox"/> un implant cochléaire		
<input type="checkbox"/> un patch de contrôle glycémique (cocher la(es) case(s) correspondante(s))		
Un risque d'avoir reçu des éclats métalliques dans les yeux même anciens		
Déjà présenté des signes d'allergie suite à une injection de gadolinium en IRM		
Des allergies ou de l'asthme		
Si oui, avez vous été prémédiqué ?		
Un risque d'être enceinte le jour de l'examen ou en cours d'allaitement		
Si oui, quelle est la date de vos dernières règles :		
Une insuffisance rénale connue		
Eu une transplantation rénale ou hépatique		

En cas de questions sur ces différents points, n'hésitez pas à nous appeler au **02.32.41.64.79** .

### Le jour de l'examen :

- Ne pas se maquiller ou mettre de lotion corporelle.
- Prévoir une tenue en coton sans éléments métalliques.
- Ne pas mettre de lentilles pour les examens du crâne.
- Prévoir de retirer les bijoux et les piercings.
- Apporter la **carte vitale** ou son attestation, la **mutuelle** et la **carte d'identité**.
- Apporter les anciens examens et les dernières prises de sang.

Je soussigné (e) .....certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complètement, avant la réalisation de l'examen IRM.

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

Signature

**Pour les patients mineurs non accompagnés, le consentement écrit d'un des parents est nécessaire.**

Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant.....autorise la réalisation de l'examen IRM.....prescrit.

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

Signature du responsable :