



CENTRE HOSPITALIER DE LA RISLE

Tel : 02 32 41 64 64

QUESTIONNAIRE MEDICAL IRM

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids : Kg

Taille : m

(indispensable pour le paramétrage de la machine)

Merci de répondre à TOUTES les questions :

Si vous :	OUI	NON
- portez un PACE MAKER ou stimulateur cardiaque		
- portez une valve cardiaque		
- portez des clips vasculaires ou stents		
- avez dans le corps ou dans les yeux des éclats métallique		
- portez un implant cochléaire (oreille interne)		

- portez un appareil auditif ou appareil dentaire		
- portez un capteur de lecteur de glycémie (patient diabétique)		
- portez une pompe à médicament ou patch de contrôle glycémique		
- portez une prothèse articulaire (broche, clou, plaque, vis, tige, ...)		

Avez vous :	OUI	NON
- des allergies ou de l'asthme		
- du diabète		
- une insuffisance rénale connue		
- eu une transplantation rénale ou hépatique ?		

Madame,	OUI	NON
- êtes vous susceptible d'être enceinte ?		
- date de vos dernières règles :		
- êtes vous en cours d'allaitement ?		

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

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

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 :