

# IRM

Rendez- vous le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Renseignements prescripteur : NOM \_\_\_\_\_

## Renseignements administratifs du patient

<b>NOM :</b>		<b>PRENOM :</b>	
<b>Adresse :</b>			
<b>Code postal :</b>		<b>Ville :</b>	
<b>Tél :</b>		<b>Portable :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	<b>Sexe : M F</b>	<b>Poids :</b>	<b>Taille :</b>

TYPE d'IRM : \_\_\_\_\_ (à faire remplir par le médecin si vous n'avez pas d'ordonnance)

Renseignements cliniques – renseignements attendus de l'examen

---

---

---

Antécédents médico-chirurgicaux

---

---

---

## Gestion des contre-indications

**Il est indispensable de répondre à toutes les questions et de nous ramener ce questionnaire une semaine avant le rendez-vous, sinon nous serions dans l'obligation d'annuler votre rendez-vous !**

- |  | OUI                   | NON                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| * Avez-vous déjà eu des éclats de métal dans les yeux, êtes-vous travailleur ou bricoleur dans les métaux ?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Si oui, une radio des orbites récente est obligatoire afin de vérifier l'absence d'éclat métallique dans les yeux</i> |                       |                       |
| * Etes-vous porteur d'un pacemaker, d'une valve cardiaque ou d'un stent ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Etes-vous porteur d'un implant cochléaire ou d'un neuro-stimulateur ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Etes-vous porteur de clip vasculaire intra cérébral ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Etes-vous porteur d'un dispositif de surveillance de la glycémie type patch Freestyle?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Avez-vous eu une intervention chirurgicale récente ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Etes-vous porteur d'une pompe à insuline implantée ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Allaitiez-vous ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Etes-vous insuffisant rénal ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui êtes-vous dialysé ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Avez-vous quelque chose de **métallique dans votre corps** (prothèse articulaire, oculaire ou auditive, stent, vis, plaque, broche, valve de dérivation ventriculaire, implants, appareil d'orthodontie, sutures métalliques ou agrafes datant de moins de 6 semaines, tatouage de moins de deux mois, patch dermique,...) si oui merci de préciser l'emplacement et l'année de la mise en place:

.....

.....

.....

**ATTENTION : Les prothèses auditives et la montre doivent impérativement être retirées avant le passage en salle d'examen.**

**Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédées d'un \* veuillez prendre contact rapidement avec le secrétariat au 03.88.47.60.30**

**CABINET D'IMAGERIE MEDICALE DU PIEMONT**

Date :

Signature :