

**Ce questionnaire est à compléter et à rapporter le jour de l'examen**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

<b>CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Etes-vous porteur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un pacemaker / pile cardiaque / défibrillateur</li> <li>• D'un stimulateur médullaire</li> <li>• D'implant cochléaire</li> <li>• D'éclat métallique intra-orbitaire (soudure, meulage sans protection)</li> </ul> <b>Si oui, faire pratiquer une radiographie des orbites juste avant l'examen</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>CONTRE-INDICATIONS RELATIVES ET ANTECEDENTS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Etes-vous porteur de valve cardiaque ou cérébrale ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, avez-vous déjà passé une IRM avec ce matériel ?</li> </ul> Etes-vous porteur d'un holter cardiaque ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, avez-vous déjà passé une IRM avec ce matériel ?</li> </ul> <b>Si oui, nous faire parvenir le compte-rendu du chirurgien et/ou la carte de référence</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'implant, stent, clip vasculaire ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si oui, date de la dernière opération :</b> _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur de corps étranger métallique, vis, plaques, tout autre matériel orthopédique ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si oui, date de la dernière opération :</b> _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous diabétique ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ?</li> <li>• Si oui, êtes-vous porteur d'un capteur de glycémie (Freestyle) ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un appareil auditif ?</li> <li>• D'un appareil dentaire / dentier... ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur de patchs transdermiques (placés sur la peau) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si oui, lesquelles :</b> _____</li> </ul> <b>En cas de réaction allergique à un produit de contraste, merci de nous rapporter le compte-rendu mentionnant le produit ayant provoqué cette réaction</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des piercings ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un tatouage de moins de 15 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà passé une IRM avec une injection de produit ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, s'était-elle bien passée ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Madame, Mademoiselle, Monsieur .....

a personnellement rempli cette fiche le .....

et donné son accord pour que l'examen soit réalisé.

Signature