

QUESTIONNAIRE IRM

Vous allez passer une IRM, pour réaliser au mieux cet examen, nous avons besoin de quelques renseignements.

Merci de lire, de compléter et de signer ce document dès sa réception

NOM Prénom :

Date de naissance : Taille : Poids :

1- Etes-vous porteur de ? : Les références du dispositif seront à présenter le jour de l'examen

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Pile cardiaque (pace maker), défibrillateur ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Valve (cœur, tête) ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Neurostimulateur ? Stimulateur ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Implant cochléaire ? | Oui ☐ | Non ☐ |



➤ Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions précédentes, contactez le service IRM afin de fournir les références du dispositif :

✉ : irm.brabois@chru-nancy.fr ☎ : 03 83 15 41 81

2- Avez-vous ? :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Subi une opération avec pose d'appareillage dans les 6 dernières semaines précédant l'examen ? Date de l'opération : | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Une prothèse ou un appareillage métallique que vous ne pouvez pas enlever ? (Plaque de la colonne vertébrale, prothèse articulaire, broches, clous, vis,...) | Oui ☐ | Non ☐ |

3- Etes-vous porteur de ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Corps étranger métallique (éclats de métal, balle, éclat d'obus...) ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Pompe à insuline ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Pompe à morphine ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Patch, capteur de glycémie ? (on vous demandera de les retirer pour réaliser l'examen) | Oui ☐ | Non ☐ |
| ✓ Appareil auditif et/ou dentaire ? | Oui ☐ | Non ☐ |

4- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

➤ Si vous avez répondu oui, contactez le service IRM :

✉ : irm.brabois@chru-nancy.fr ☎ : 03 83 15 41 81

5- Avez-vous déjà présenté des réactions allergiques à certains produits de contraste ?

Oui ☐ Non ☐

Pour toute question éventuelle, vous pouvez vous adresser à la personne qui vous prendra en charge le jour de l'examen.

Je soussigné(e)* certifie l'exactitude des informations complétées ci-dessus.

Signature du patient* :

Fait à, le

*Si le patient est mineur ou en incapacité de signer ce questionnaire : signature de la personne responsable.