

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A compléter à réception et à apporter le jour de l'examen

Nom :	Prénom :
Poids :Kg	Date de naissance :/...../.....
IRM prévue le :	Heure du RDV :
Ce rendez-vous est à confirmer 10 jours avant la date prévue au 02.98.90.77.61	

Avez-vous	OUI	NON
Subi une intervention chirurgicale ces 3 derniers mois Si OUI, date et type d'intervention :		
Une valve cardiaque Si OUI, précisez le type et la référence :		
Valve de dérivation ventriculaire		
Filtre cave		
Des clips ou stents (référence et niveau de compatibilité avec une IRM à indiquer) :		
Une pompe à médicaments, neurostimulateur		
Un implant auditif, prothèse auditive		
Du matériel d'ostéosynthèse orthopédique (prothèse, implant, vis, broche ...)		
Un risque même ancien d'avoir reçu ou déjà reçu des limailles de fer dans les yeux Si OUI, une radiographie du crâne doit nous être fournie		
Etes-vous claustrophobe ?		
Un risque d'être enceinte le jour de l'examen ou en cours d'allaitement		
Si votre examen d'IRM est prévu AVEC une INJECTION avez-vous :	OUI	NON
Déjà présenté une réaction après une injection de produit de contraste Si OUI, un traitement antihistaminique vous sera prescrit		
Des allergies : asthme, urticaire, eczéma... Si OUI, un traitement antihistaminique vous sera prescrit		
65 ans ou plus Si OUI, nous fournir un résultat de créatininémie récent (-de 3 mois)		
Une Insuffisance Rénale Si OUI, nous fournir un résultat de créatininémie récent (-de 3 mois)		
Une maladie virale (VIH, hépatite, tuberculose)		
Un traitement pour le diabète contenant la molécule Metformine Si OUI, il vous sera demandé de l'arrêter le jour de l'examen et les deux jours qui suivent l'examen		

En cas de réponse "OUI" aux questions ci-dessus appelez au plus vite le secrétariat

Consentement

Je soussigné(e)	OUI	NON
* Autorise la réalisation de l'examen IRM prescrit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Certifie avoir répondu à toutes les questions posées ci-dessus et avoir tous les renseignements nécessaires avant l'examen IRM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avoir été informé(e) de la possibilité d'une injection de produit de contraste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Donne mon accord en cas de nécessité pour cette injection.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date/...../.....

Signature :

Vous allez passer un I.R.M (Imagerie par Résonance Magnétique)

L'appareil permettant de réaliser cet examen se présente sous forme d'un tunnel au sein duquel vous serez placé. Cet examen est indolore, seul le bruit de l'appareil peut être désagréable mais tout à fait normale. Pour vous rassurer, vous êtes constamment vu et entendu par l'équipe médicale. On vous remet une sonnette dans la main qui vous permet d'appeler en cas de besoin.

Voici quelques précisions concernant l'examen :

La technique n'est pas agressive et ne nécessite aucune préparation de votre part ; elle ne fait appel à aucune irradiation ionisante.

Au cours de votre passage en cabine, il vous sera demandé de vous défaire de tout objet ferromagnétique pouvant gêner la qualité de l'examen (boucle de ceinture, chaîne, barrette, appareil dentaire, appareil auditif, carte bancaire, maquillage, soutien-gorge, montre, et pour le reste nous consulter).

Il est possible mais pas certain qu'au cours de l'examen une injection de produit de contraste soit nécessaire.

* Soit vous recevrez avec ce document une ordonnance et il convient alors de vous procurer le produit auprès de votre pharmacien quelques jours avant l'examen.

* Soit la décision d'administrer du produit de contraste est prise durant l'examen et il vous appartiendra alors de nous faire parvenir le produit.