L'INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS
GHMF

DEPARTEMENT D'IMAGERIE
☎ 01 56 61 60 51
🖷 01 56 61 62 27

QUESTIONNAIRE RELATIF À UN EXAMEN PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Répondez attentivement aux questions suivantes
Rapportez ce questionnaire le jour de l'examen à la secrétaire de l'accueil IRM.

Etiquette d'identification

Nom – Prénom :……..***(en majuscules)***
Date de Naissance : I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I
Poids : I__I__I__I kg **Taille : I__I m I__I__I**

	OUI	NON
▶ Avez-vous déjà passé une IRM ? :…… Si oui, à quelle date : I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I	❑	❑
▶ Etes-vous claustrophobe……..	❑	❑
▶ ⚠ Travaillez-vous ou avez vous travaillé dans un atelier de meulage ou d'usinage de pièces métalliques (soudeur, chaudronnier, fraiseur) ……	❑	❑
▶ Avez-vous reçu des éclats métalliques dans le corps (plomb de chasse, éclats d'obus)	❑	❑
▶ Etes-vous porteur de :		
• ⚠ **Pile Cardiaque** ou électrodes externes transitoires ……..	❑	❑
• **Valve cardiaque**……..	❑	❑
• **Endoprothèse** ou matériel endovasculaire (type stent, coils d'embolisation, filtre cave, prothèse aortique, fistule)……	❑	❑
• Clips neurovasculaires pour traitement d'un anévrysme intra-crânien……	❑	❑
• Valve de dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie……	❑	❑
• Implant magnétique **cochléaire** (oreille interne)……..	❑	❑
• Chambre implantable (type Porth-à-cath avec aiguille mobile)……	❑	❑
• Neurostimulateur médullaire ou électrodes implantées dans le système nerveux	❑	❑
• Pompe électronique implantable (insuline, morphine, chimiothérapie)……	❑	❑
• **Prothèse articulaire** ou matériel d'ostéosynthèse (tige, vis, plaque, broche……. Si oui, localisation : _____ _____	❑	❑

Si vous avez répondu ***oui*** *à l'une des questions précédentes, veuillez préciser :*
La référence du matériel : _____ *La date d'implantation* I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I
_____ I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I

VEUILLEZ TOURNER SVP ☞

	OUI	NON
▶ Avez-vous une prothèse ❑ Auditive ❑ Dentaire ……	❑	❑
▶ Avez-vous subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s)…… Si oui, lesquelles : _____ _____ _____	❑	❑
▶ Avez-vous des tatouages récents……	❑	❑
▶ Avez-vous un patch (nicotine, morphine, contraceptif)……	❑	❑
▶ Date des dernières règles : I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I		
▶ Etes-vous diabétique……	❑	❑
▶ Avez-vous des **allergies**…… Si oui, lesquelles : _____	❑	❑
▶ Avez-vous une insuffisance rénale…… **Taux de créatinine** :_____ µmol/L	❑	❑

Le jour du rendez-vous merci de venir sans bijou, piercing, lentille de contact, maquillage, gel et pince dans les cheveux, sans strass sur sous vêtements.

Questionnaire rempli par (Nom et fonction du rédacteur pour les hospitalisés) : _____

Le : I__I__I/I__I__I/I **2** I **0** I **1** I__I

Signature :