

Questionnaire de sécurité IRM



Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois

Département d'imagerie médicale

L'IRM utilise un champ magnétique intense, des précautions particulières sont à respecter avant de pénétrer dans la salle. Par conséquent nous vous demandons de remplir attentivement ce formulaire.

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm



Éléments implantés sensibles aux interférences électromagnétiques :
stimulateur cardiaque, défibrillateur, aide auditive, pompe à insuline, doseur de médicament, etc.

1. Avez-vous déjà eu une IRM ?
2. Souffrez-vous d'une insuffisance rénale ?
3. Etes-vous susceptible d'être enceinte ?
4. Etes-vous porteur d'agrafes sur la peau?
5. Etes-vous susceptible d'avoir reçu un éclat métallique (dans les yeux, le corps, ...) ?
6. Etes-vous porteur de l'un des matériels suivants :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

==> Dispositif cardiaque

Pacemaker ?* Défibrillateur?* Reveal?* (Soulignez ce qui convient)

==> Implant cochléaire *

==> Neurostimulateur*

==> Valve de dérivation*

==> Port à Cath*

==> Valve cardiaque*

* Biologique ?* Mécanique?* (Soulignez ce qui convient)

Oui	Non	Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Otez tous objets métalliques avant d'entrer dans la salle d'examen, y compris téléphone portable, piercing, montre, bijoux, pinces à cheveux, clés, monnaie, carte magnétique, faux-cils, etc.

***Veuillez nous fournir les documents concernant le matériel implanté.**

7. Etes-vous porteur d'un clip neurochirurgical pour anévrisme cérébral ?
8. Avez-vous une prothèse articulaire ?
9. Avez-vous une pompe à insuline ?
10. Avez-vous un capteur de glycémie ?
11. Autres opérations ?

Si oui, lesquelles et date : _____

Oui	Non	Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

12. Etes-vous porteur d'une prothèse auditive amovible ?
13. Avez-vous du matériel d'orthodontie fixe ou amovible ?
14. Avez-vous un patch ou un pansement transdermique (hormonal, nicotine)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : _____

Signature du patient : _____

Signature du médecin : _____