

Questionnaire de sécurité IRM

Nom: _____

Prénom: _____

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.

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



Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

1.- Avez-vous déjà eu une IRM ?

Oui Non

2.- Souffrez-vous d'une insuffisance rénale ?

3.- Etes-vous enceinte ?

4.- Etes-vous porteur d'agrafes sur la peau ?

5.- Etes-vous susceptible d'avoir reçu un éclat métallique dans l'œil ?

6.- Etes-vous susceptible d'avoir un éclat d'obus dans le corps ?

7.- Etes-vous porteur de l'un des matériel suivant :

Oui Non Date

Dispositif cardiaque _____

- Pace-maker?* Défibrillateur?* Reveal?* Soulignez ce qui convient

Implant cochléaire* _____

Neurostimulateur* _____

Pompe à insuline _____

Capteur de glycémie _____

Valve cardiaque _____

- Biologique? Mécanique?* Soulignez ce qui convient

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



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, etc.

8.- Etes-vous porteur d'un clip neurochirurgical pour anévrisme cérébral ?

Oui Non Date _____

9.- Avez-vous une prothèse articulaire ?

10.- Autres opérations ? Si oui lesquelles et date _____

11.- Etes-vous porteur d'une prothèse auditive amovible ?

12.- Avez-vous du matériel d'orthodontie fixe ou amovible ?

13.- Avez-vous un patch ou un pansement transdermique (hormonal, nicotine) ?

Date :

Signature du patient :

Signature du médecin :

Merci de votre collaboration.