



Nom manip. : _____

QUESTIONNAIRE DE CONTRE INDICATION IRM

Madame, Monsieur,

Vous allez réaliser un examen d'IRM, vous devez compléter soigneusement le questionnaire suivant.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____ Taille : _____

	OUI	NON
Êtes-vous porteur(se) d'un Pacemaker (appelé aussi pile cardiaque) ?		
Êtes-vous porteur(se) de clips vasculaires intracérébraux posés avant 1992 ? (clip anévrisme)		
Êtes-vous porteur(se) d'un neurostimulateur cérébral ou médullaire ?		
Êtes-vous porteur(se) de filtre cave ? Si oui, précisez la date d'intervention		
Êtes-vous porteur d'une valve cardiaque ? Si oui, précisez le type de valve voir (carte d'opéré)		
Madame, êtes-vous enceinte de moins de 3 mois ?		
Êtes-vous susceptible d'avoir des corps étrangers métalliques en particulier intraoculaire ou corps étrangers type grenailles de chasse, balles, éclats d'obus ?		
Êtes-vous porteur(se) d'un implant cochléaire ?		
Êtes-vous porteur(se) d'une valve de dérivation ou d'une pompe implantable à insuline?		
Etes-vous porteur(se) de matériaux chirurgicaux type : agrafes ; clips, vis, clous plaque, prothèses d'ostéosynthèse ? Si oui précisez la date :		
Êtes-vous porteur(se) de stents coronaires de moins de 6 semaines ?		
Êtes-vous porteur(se) d'une chambre implantable pour traitement par chimiothérapie en cours ?		
Etes-vous porteur(se) de patch à feuillet métallique (médicamenteux, antitabac, contraceptif) ?		
Êtes-vous porteur(se) de prothèses auditives ?		
Etes-vous sujet à la claustrophobie (peur des espaces clos, ascenseurs) ?		

Je soussigné(e) certifie avoir répondu à toutes les questions posées ci-dessus et avoir obtenu tous les renseignements souhaités. Je donne mon accord pour la réalisation de l'examen.

Date : _____ / _____ / _____

Signature :

Avant tout examen d'IRM, il est important de retirer bijoux, prothèses dentaires ou auditives.

Signalez tout tatouage situé dans la région anatomique à explorer. Retirez tout maquillage (eyeliner, fard à paupière).

