

IRM – QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) :

Né(e) le :

Habitant :

Déclare au cabinet de radiologie d'éventuelles contre-indications à l'IRM :

Contre-indications absolues :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Clip intracérébral | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Appareil d'orthodontie métallique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Stent vasculaire : date de pose : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Implant cochléaire : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Contre-indications relatives :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Autres implants ou corps étrangers ferromagnétiques : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autres implants ou corps étrangers non ferromagnétiques : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Valve de dérivation ventriculaire : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Prothèses oculaires, auditives, cardiaques : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Seringues électriques : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Allergie connue : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Autres restrictions :

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Assistance respiratoire : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Claustrophobie : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Grossesse : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Avez-vous déjà eu un corps étranger métallique oculaire ? oui non
(si oui une radiographie du crâne à faire impérativement avant l'IRM)

En cas de prothèse ou d'implant, veuillez en préciser l'emplacement, la nature et la date d'implantation :

Date et signature