

IRM / RDV prévu le :

Organe à étudier :

IV-

IV+

Nom : Prénom :

Date de naissance : Taille : Poids :

Adresse mail :

Adresse : Téléphone :

Avant l'examen répondez attentivement aux questions suivantes :

→ **Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque (Pacemaker ou pile cardiaque ?)**
 OUI NON

→ Avez-vous une allergie connue au produit de contraste à base de Gadolinium ou avez-vous eu une réaction allergique après un examen radiologique ? Si oui, précisez.

OUI
 NON

→ Avez-vous une maladie rénale ou une insuffisance rénale ? Si oui, précisez.

OUI
 NON

→ Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang (Anticoagulant ou Antiagrégant) ? Si oui, précisez.

OUI.....
 NON

→ Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

OUI.....
 NON

→ Allaitiez-vous ?

OUI.....
 NON

→ Avez-vous une claustrophobie (peur d'être enfermé(e) ou difficulté à prendre l'ascenseur) ou avez-vous eu des difficultés lors de la réalisation d'une précédente IRM ? Si oui, précisez.

OUI
 NON

→ Avez-vous déjà fait de la soudure ou du meulage sur le métal (occasionnellement ou professionnellement) ? Si oui, une radiographie des orbites est obligatoire afin de vérifier l'absence d'éclat (l'IRM étant un aimant géant, vous risquez de perdre la vue).

OUI
Si oui examen réalisé le
 NON

→ Êtes-vous porteur de :

- Valve cardiaque mécanique OUI NON
- Clips métalliques intra-cérébraux OUI NON
- Implants cochléaires OUI NON
- Prothèse non amovible auditive/oculaire/dentaire OUI NON
- Pompe à insuline OUI NON
- Valve de dérivation ventriculaire OUI NON
- Neurostimulateur OUI NON
- Corps étranger métallique (si oui, préciser la localisation) OUI NON
- Patch transdermique ((si oui, préciser la localisation) OUI NON
- Tatouage (si oui, préciser la localisation) OUI NON
- Piercing non amovible (si oui, préciser la localisation) OUI NON

Si oui, préciser la référence exacte du matériel implanté et la date de mise en place afin de vérifier sa compatibilité avec l'IRM.

.....
.....
.....

→ Avez-vous eu une intervention récente ? Si oui, précisez la date et le type.

- OUI.....
 NON

→ Avez-vous eu un appareillage, un matériel ou une prothèse non mentionnée ci-dessus ? Si oui, précisez.

- OUI.....
 NON

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout autre renseignement qui vous paraîtrait très important à communiquer et à nous informer de toute maladie sérieuse.

Madame, Mademoiselle, Monsieur.....
A personnellement rempli cette fiche le
et donne son accord pour que l'examen soit réalisé.

Signature :

**SCP RADIOLOGIE CLEMENCEAU
DRS VINEE, METHLIN, ALEMANN, LUDES ET HEBBADJ**

Cabinet de Sélestat :
4 rue Clemenceau 67600 SELESTAT
Tel. : 03.88.92.34.42
www.radiologie-selestat.fr
radiologie.selestat@hotmail.fr

Cabinet de Barr :
7 rue de la Gare 67140 BARR
Tel. : 03.92.02.00.02
www.radiologie-barr.fr
radiologie.barr@outlook.fr