

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 ALEMANN, HEBBADJ, LEHMANN, LUDES, RISS, VINEE et YESILOZ-KOCAK**

**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