

# CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE RASPAIL

## **QUESTIONNAIRE MEDICAL DEMANDE D'I.R.M.**

Nom Prénom : .....		
Date de naissance : ...../...../.....	<b>Poids</b> :.....kg	<b>Taille</b> :.....cm
Adresse : .....		
Téléphone : ..... Médecin prescripteur : .....		

➤ Etes-vous claustrophobe (peur des ascenseurs, des parkings souterrains, ou panique lors d'un examen précédent scanner ou IRM ?  **Oui**     Non

➤ Avez-vous déjà travaillé ou bricolé les métaux au cours de votre vie (soudage, meulage, disqueuse..) même occasionnellement .....  **Oui**     Non

➤ Etes-vous susceptible d'avoir reçu des projectiles ou des éclats métalliques dans l'oeil ou dans le reste du corps ?.....  **Oui**     Non

➤ Etes-vous porteur :

- de prothèse ? (si oui, entourez)    dentaire                    oculaire                    auditive .....  **Oui**     Non

- d'un Pace Maker (pile au cœur) ?.....  **Oui**     Non

- d'un défibrillateur implantable ?.....  **Oui**     Non

- d'un stimulateur neurologique ?.....  **Oui**     Non

- de clips ou stents vasculaires ?.....  **Oui**     Non

- d'un implant cochléaire ?.....  **Oui**     Non

- d'une pompe à insuline ?.....  **Oui**     Non

- d'un patch quelconque (diabète) ?.....  **Oui**     Non

- d'une dérivation ventriculo-péritonéale ?.....  **Oui**     Non

si oui, prenez contact avec le centre hospitalier de Bourges ou autre avec service neurologique +++

➤ Avez-vous un tatouage ? si oui, année :.....  **Oui**     Non

➤ Avez-vous du maquillage permanent ?.....  **Oui**     Non  
Mesdames, ne vous maquillez pas les yeux le jour de l'examen.

➤ Avez-vous été opéré du cœur (pose de stent, valve cardiaque, ...) ?.....  **Oui**     Non  
Si oui, précisez :.....

➤ Avez-vous été opéré de la tête (valve, anévrisme,...) ?.....  **Oui**     Non  
Si oui, précisez :.....

➤ Avez-vous du matériel orthopédique ?.....  **Oui**     Non  
(prothèse articulaire, vis, broche, plaque,...) si oui, précisez le type et la localisation : .....

➤ Avez-vous eu une intervention chirurgicale de moins de 6 mois ?.....  **Oui**     Non  
Si oui, tenir compte de ce délai avant examen IRM

➤ Avez-vous des allergies ?.....  **Oui**     Non  
Lesquelles : .....

➤ Avez-vous des problèmes rénaux, une insuffisance rénale ?.....  **Oui**     Non

Enlever tout piercing et tout bijou avant de vous rendre à votre examen.

***Pour les femmes uniquement :***

➤ Etes-vous enceinte ou y-a-t-il un risque de l'être ?.....  **Oui**     Non  
si oui, précisez de combien de semaines : .....

➤ Avez-vous un moyen de contraception ?.....  **Oui**     Non  
Si non, avez-vous des rapports protégés ?.....  **Oui**     Non

➤ Allaitiez-vous ?.....  **Oui**     Non  
Si oui, arrêt de l'allaitement 48h suite à un examen réalisé avec injection de produit de contraste.

**En signant, vous donnez votre consentement pour réaliser l'examen.**

**Date**

**Signature**