

QUESTIONNAIRE — IRM

Recherche des contre-indications avant votre examen

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Poids : _____ kg Taille : _____ cm. Date de l'examen : ____ / ____ / ____ Examen prescrit : _____

L'IRM utilise un champ magnétique puissant. Ce questionnaire est essentiel pour votre sécurité : certains matériels ou implants peuvent contre-indiquer l'examen. Merci de répondre avec la plus grande précision.

① MATÉRIEL OU DISPOSITIF IMPLANTÉ (point critique)

- Pacemaker (stimulateur cardiaque) ? OUI NON
- Défibrillateur cardiaque implantable (DAI) ? OUI NON
- Valve cardiaque artificielle ? OUI NON
- Neurostimulateur (cérébral, médullaire, périphérique) ? OUI NON
- Pompe à insuline ou autre pompe implantée ? OUI NON
- Clips chirurgicaux d'anévrisme cérébral ? OUI NON
- Implant cochléaire (oreille interne) ? OUI NON
- Prothèse oculaire ou clips vasculaires intracrâniens ? OUI NON
- Stent vasculaire, filtre cave, coil d'embolisation ? OUI NON
- Autre matériel implanté (broche, plaque, vis, prothèse articulaire...) ? OUI NON

Si oui, précisez la nature, la date et le lieu de pose :

② CORPS ÉTRANGERS MÉTALLIQUES

- Avez-vous déjà reçu un éclat métallique dans l'œil (soudure, métallurgie) ? OUI NON
- Avez-vous des éclats métalliques (balles, plombs) en place dans votre corps ? OUI NON
- Portez-vous un piercing ou un appareil dentaire amovible ? OUI NON
- Avez-vous des tatouages (notamment anciens, à l'encre métallique) ? OUI NON

③ GROSSESSE

À renseigner si vous êtes une femme âgée de 12 à 55 ans.

- Êtes-vous enceinte ? OUI NON
- Existe-t-il un risque que vous soyez enceinte ? OUI NON
- Allaitez-vous actuellement ? OUI NON

④ TOLÉRANCE À L'EXAMEN

- Êtes-vous claustrophobe (peur des espaces fermés) ? OUI NON
- Avez-vous des difficultés à rester allongé(e) immobile pendant 20 à 40 minutes ? OUI NON

⑤ INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE (gadolinium)

- Avez-vous déjà présenté une réaction allergique au gadolinium ou à un produit de contraste ? OUI NON
- Avez-vous une insuffisance rénale connue ? OUI NON
- Êtes-vous dialysé(e) ? OUI NON
- Avez-vous réalisé une prise de sang récente (créatininémie) ? OUI NON

Si oui, date du prélèvement : ____ / ____ / ____ Résultat : _____ µmol/L

⑥ ANTÉCÉDENTS ET TRAITEMENTS

Antécédents chirurgicaux importants :

Traitements en cours :

⚠ Information importante

Toute réponse positive ne contre-indique pas systématiquement votre examen, mais permet à notre équipe d'adapter la prise en charge. Pour tout matériel implanté, pensez à apporter votre carte de porteur ou tout document attestant sa compatibilité IRM. En cas de doute, contactez-nous avant votre venue au 04 22 17 02 22.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Date :
____ / ____ / ____

Signature du patient :