

NOM - Prénom :	Poids :	kg
Date de naissance :	Taille :	cm



L'IRM utilise un puissant champ magnétique qui est susceptible d'interagir avec un dispositif médical implanté, ce qui représente potentiellement un risque pour le patient.

Madame, Monsieur, **vous devez apporter ce document complété, daté et signé le jour de votre examen.**

**Êtes-vous porteur de :**

- Appareil dentaire ? ..... Oui  Non
- Appareils auditifs ? ..... Oui  Non
- Prothèse articulaire, plaque, vis, clou, broche ? ..... Oui  Non
- Bijoux, piercings, montre ? ..... Oui  Non   
→ Si oui, prévoyez de les enlever.
- Patch cutané ? ..... Oui  Non
- Capteur de glycémie ? ..... Oui  Non   
→ Si oui, prévoyez-en un nouveau car il sera retiré pour votre examen
- Madame, allaitez-vous ? ..... Oui  Non   
→ En cas d'injection, prévoyez de suspendre l'allaitement 3 à 4 h après votre examen



**Pour votre sécurité et la qualité de votre examen,**

Si vous **répondez OUI** à l'une des questions ci-dessous, contactez notre secrétariat **rapidement** au **03.23.79.05.70** entre 8h - 12h et 13h30 - 17h30 du lundi au samedi matin.

1. Avez-vous été opéré au cours des 6 dernières semaines ? ..... Oui  Non
2. Avez-vous reçu des éclats métalliques, toujours présents ? ..... Oui  Non

**Si Oui, prenez rendez-vous au cabinet de radiologie pour une radio des orbites.**

Vous devrez obligatoirement apporter cette radio lors de votre examen IRM.

**Êtes-vous porteur de :**

3. Stimulateur cardiaque (pile ou pacemaker), d'un défibrillateur cardiaque ou d'une valve cardiaque ou d'un moniteur cardiaque aussi appelé Holter ? ..... Oui  Non

Nous n'effectuons pas les examens IRM avec les pacemakers compatibles IRM.

4. Neuro-stimulateurs ? ..... Oui  Non
5. Implant cochléaire ? ..... Oui  Non
6. Valve de dérivation ? ..... Oui  Non
7. Pompe à médicament « morphine, insuline ou autre » ? ..... Oui  Non
8. Clips chirurgicaux ou stents ? ..... Oui  Non

**Êtes-vous :**

9. Insuffisant rénal ? ..... Oui  Non
10. Allergique au Gadolinium (produit de contraste IRM différent de l'iode) ? ... Oui  Non
11. Claustrophobe ? ..... Oui  Non
12. **Madame**, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ..... Oui  Non

**Signature du patient :**