

NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

CP : Ville : téléphone :

Mail : @.....

Médecin traitant : Médecin prescripteur :

Poids : Taille :

Veillez remplir le questionnaire médical ci-dessous et venir muni du document le jour de l'examenAvez-vous déjà passé une IRM ? OUI NONEtes-vous claustrophobe ? OUI NONAvez-vous une contre indication à l'injection éventuelle du produit de contraste ? OUI NON
(Allergie, insuffisance rénale.....)**En cas d'insuffisance rénale connue un bilan de créatininémie doit être réalisé dans un délai de moins de 15 jours avant l'examen. Le jour de l'examen vous devez obligatoirement venir avec les résultats.**▶ **Avez-vous un Dispositif Médical Implantable ?** OUI NON

(Pacemaker, neurostimulateur, déviation ventriculaire, valve cardiaque, prothèse aortique, implant cochléaire, ...)

Si oui, veuillez nous contacter (fournir les références du matériel avant le jour de l'examen)▶ **Etes-vous porteur :**

- De clips chirurgicaux ? OUI NON
- De prothèse dentaire, auditive ? OUI NON

▶ **Etes-vous diabétique ?** OUI NON

- Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ? OUI NON

▶ **Grossesse et allaitement :**

- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON
- Date des dernières règles :/...../.....
- Etes-vous en période d'allaitement ?

▶ **Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques dans les yeux ?** OUI NON

Si vous êtes ou avez été travailleur sur métaux, par profession ou par loisir (meulage, soudure, etc...) si vous avez déjà eu un corps étranger intra oculaire, vous devez passer une radiographie du crâne et des orbites avant l'IRM, veuillez pour cela contacter le service de radiologie).

L'examen IRM ne pourra être réalisé que si ces radiographies ne mettent pas en évidence de corps étranger métallique.

CONSENTEMENT :Je donne mon consentement à la réalisation de cet examen OUI NON

Date de l'examen :/...../.....

Signature :