



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

Adresse :

CP : Ville : téléphone :

Mail : @

Médecin traitant : Médecin prescripteur :

Poids : Taille :

Veuillez remplir le questionnaire médical ci-dessous et venir muni du document le jour de l'examen

 Avez-vous déjà passé une IRM ? ☐ OUI ☐ NON

 Etes-vous claustrophobe ? ☐ OUI ☐ NON

 Avez-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 ou d'un capteur de glycémie ? ☐ 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 et que celui-ci n'a pas été retiré, 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 après avoir lu la fiche d'information ☐ OUI ☐ NON

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

Signature :