

Fiche Examen IRM

Vous allez passer une IRM, pour votre sécurité et la qualité de votre examen, nous vous remercions de compléter le questionnaire suivant :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Poids :

Taille :

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un pacemaker (pile cardiaque) ? si oui, nous fournir une copie de la carte du pacemaker		
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré du cœur ? Si oui à quelle date ? :		
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré du cerveau ? Si oui à quelle date ? :		
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré des artères ? Si oui à quelle date ? :		
<input type="checkbox"/> Avez-vous subi une autre opération ?		
<input type="checkbox"/> Il y a moins de 6 semaines : si oui laquelle et à quelle date ? :		
<input type="checkbox"/> Il y a plus de 6 semaines : si oui laquelle et à quelle date ? :		
<input type="checkbox"/> Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques ? (éclats métalliques, balles, éclats d'obus...) même il y a longtemps , notamment près des yeux ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous travaillé sur des métaux ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un appareillage, une prothèse, un corps étranger quelconque ? (Stent, neurostimulateur, implant, filtre cave,): si oui, nous fournir une copie de la carte du dispositif médical implanté (DMI)		
<input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		
<input type="checkbox"/> Allaitiez-vous ? Si oui, âge du bébé ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous claustrophobe ?		
<input type="checkbox"/> Si oui, sur une échelle de 1 à 10 (1= un peu claustrophobe, 10 = extrêmement claustrophobe) a combien l'estimez- vous ? (entourez la bonne réponse) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu des réactions à un produit de contraste ? Si oui de quel type (bouton, difficulté respiratoire...etc.) ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous présenté une crise d'asthme dans les 7 derniers jours ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous présenté de l'urticaire dans les 7 derniers jours ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ou de chimiothérapie ?		
	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Si l'organisation le nécessite, consentez-vous à bénéficier d'un acte de télé-radiologie ? La télé-radiologie consiste en la consultation et l'interprétation d'images médicales à distance. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.		
<input type="checkbox"/> En cas d'annulation de votre part, consentez-vous à nous prévenir ?		

Nous vous rappelons que le port des bijoux est interdit lors de l'examen et que pour une IRM crânienne, le maquillage des yeux est proscrit.

Je certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus

Date et signature du patient :

Autorisation parentale :		
Je soussigné détenteur de l'autorisation parentale de l'enfant :		
....., autorise les médecins du service d'Imagerie Médicale à pratiquer chez mon enfant un examen IRM avec/sans produit de contraste et/ou sous anesthésie.		
Signature : Père :	Mère :	Tuteur :

IRM

NOM	
NOM DE NAISSANCE	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELFONE	
MEDECIN TRAITANT	
N° SECURITE SOCIALE	
Régime (Général, Local, ALD)	

Documents à compléter et à nous envoyer **avec l'ordonnance** à :

Hôpital Robert-PAX
Secrétariat d'imagerie
2 rue René François Jolly
B P 50025
57211 SARREGUEMINES CEDEX