

Questionnaire IRM

L'appareil IRM impose un certain nombre de précautions, pour votre sécurité et la qualité de votre examen, merci de remplir **très attentivement** le questionnaire ci-dessous :

Nom

Nom de naissance

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Poids :

Taille :

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un pacemaker (pile cardiaque), d'un holter ou d'un défibrillateur ? Si oui, nous fournir une copie de la carte avec les références du matériel implanté.		
<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 opération il y a moins de 6 semaines ?		
<input type="checkbox"/> Quelles autres opérations avez-vous subi ? (type d'opération et date) :		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un appareillage ou corps étranger (neurostimulateur, implant...) autre que prothèse du genou, hanche, épaule ou implants dentaires ? Si oui, nous fournir une copie de la carte avec les références du matériel implanté.		
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ou de chimiothérapie ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un capteur de glycémie (diabète) ?		
<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 (soudure, meuleuse, tour...)?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		
<input type="checkbox"/> Allaitiez-vous ? Si oui, âge du bébé ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous la crainte de prendre l'ascenseur ? Si oui, sur une échelle de 1 à 10 (1= faible, 10 = élevé) 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.) ?		
	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Acceptez-vous que votre examen soit réalisé dans nos locaux et interprété par un radiologue exerçant à distance (téléradiologie) ?		
<input type="checkbox"/> En cas d'annulation de votre part, consentez-vous à nous prévenir ?		

Je certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus

Date et signature du patient :

Autorisation parentale ou du tuteur:		
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 :

Fiche administrative



CENTRE
HOSPITALIER
SARREGUEMINES

IRM

☎ 03 87 27 33 37

NOM	
NOM DE NAISSANCE	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELEPHONE	
MEDECIN TRAITANT	
N° SECURITE SOCIALE	
Régime (Général, Local, ALD)	
Si mineur : Nom, prénom et lien de parenté du responsable légal.	

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