

CONTRE INDICATIONS POUR DEMANDE D'EXAMEN I.R.M

Merci de compléter entièrement le questionnaire ci-joint.

Si vous répondez oui à une des questions ayant une *, merci de **le renvoyer par courrier ou de le faxer, daté et signé (ainsi que le double de votre ordonnance) au secrétariat du service maximum 72 h avant votre rendez-vous.** Si vos réponses sont négatives, veuillez nous le rapporter uniquement le jour de l'examen. Si vous avez la moindre hésitation sur une question, n'hésitez pas à joindre le secrétariat.

Merci de vous présenter 20 mn avant l'heure du rendez-vous prévu.

Venir sans bijoux, ni maquillage (pour les examens du crâne), ni vernis (pour les examens des extrémités)

EXAMEN DEMANDE : Date examen :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Poids : Taille :

Contre-Indications IRM	(entourez la mention utile)	
Une opération du cœur ou des vaisseaux *	OUI	NON
Êtes-vous porteur d'un(e) :		
PACE MAKER, pile cardiaque, stimulateur cardiaque*	OUI	NON
Valve Cardiaque, stent, filtre cave*	OUI	NON
Une opération du crâne*	OUI	NON
Êtes-vous porteur d'un(e) :		
Clip neurochirurgical *	OUI	NON
Implant cochléaire * (oreille)	OUI	NON
Valve de dérivation *	OUI	NON
Avez – vous déjà reçu un (des) éclat(s) métallique(s) *	OUI	NON
Paille de fer dans les yeux *	OUI	NON
Si OUI : un spécialiste ou un généraliste vous les a enlevées.....	OUI	NON
	<i>(radio de contrôle au préalable possible, à voir sur place)</i>	<i>NON (radio de contrôle au préalable est nécessaire)</i>
Dans le corps	OUI	NON
Une opération orthopédique	OUI	NON
Êtes-vous porteur de vis, prothèse, clou (zone et date d'implantation).	OUI	NON
Etes –vous porteur d'implants * (type neurostimulateur, pompe à injection) [non concernés implants dentaires]/ capteur à glycémie	OUI	NON
Madame, avez-vous un risque de grossesse ?	OUI	NON
Madame, êtes-vous en cours d'allaitement.....	OUI	NON
Mme, êtes–vous porteuse d'un expandeur mammaire (reconstruction mammaire)*?	OUI	NON

**si réponse positive, Merci de fournir le compte rendu opératoire et de vous adresser au plus vite au secrétariat*

Date et signature du patient :