

QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT IRM

Veuillez cocher la bonne réponse Oui Non

Êtes-vous porteur d'un Pacemaker ou pile cardiaque ? D'un défibrillateur cardiaque ? D'un holter implantable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une opération du cœur (valve cardiaque, stent, clips chirurgicaux, coils, endoprothèse vasculaire) ? Si oui, veuillez nous préciser la <u>date d'intervention et la référence</u> du matériel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une opération du cerveau ? (Valve médullaire, clips vasculaires ferromagnétiques intra cérébraux) Si oui, veuillez nous préciser la <u>date d'intervention et la référence</u> du matériel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porteur d'un neurostimulateur ou de fils implantés ? Êtes-vous porteur d'une prothèse mammaire expansive ? Prothèse pénienne ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang ? (Anti-coagulant, anti-agrégant, plaquettaire) Kardégic, Préviscan, Plavix, Aspirine, autre : Prenez-vous un traitement pour l'hypertension (bétabloquants) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ? D'un capteur de glucose ? De patchs sur la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porteur d'implants cochléaires (oreilles) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porteur d'une prothèse auditive ? Prothèse dentaire amovible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porteur d'autres appareillages métalliques, mécaniques ou électroniques quelconques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans les métaux (meulage, usinage...) ? Même occasionnellement, même il y a longtemps ? RISQUE DE CECITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, veuillez effectuer une radiographie des orbites avant l'IRM et apportez les résultats.

Êtes-vous porteur d'une prothèse articulaire ? Si oui, à quel endroit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porteur de tiges ou plaques métalliques, broches ou clous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'examen nécessitant une injection, apportez un dosage de la créatinine.

Êtes-vous asthmatique ou allergique ? Si oui à quoi ? et quelles manifestations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des piercings ou tatouages ? Si oui, merci de vous renseigner au secrétariat au 03 90 41 37 00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un autre examen avec injection d'un produit de contraste est-il prévu 48 heures avant ou après cet examen ? Si oui lequel et quand :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous la crainte de prendre l'ascenseur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous êtes une femme :

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une contraception ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en période d'allaitement ? Lors d'une injection, ne pas allaiter pendant les 48h suivant l'examen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre poids : kg

Votre taille : cm



Merci de nous fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et de nous informer de toute maladie.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

certifie sur

l'honneur avoir rempli le questionnaire médical et lu les informations concernant l'IRM.

J'ai bien noté qu'un produit de contraste pourra m'être injecté si nécessaire.

Je donne mon accord : *(cochez les cases devant les actes que vous acceptez)*

- pour la réalisation de l'examen
- pour l'utilisation de l'examen anonymisé à des fins de recherche par l'Institut de Chirurgie et Image de Strasbourg
- pour l'archivage de l'examen par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- pour la visualisation à distance de l'examen en cas de téléradiologie

Fait à le Signature