

QUESTIONNAIRE MEDICAL IRM

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
N° de téléphone :	Poids :	Age :
Médecin prescripteur :	Date du RDV :	

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

	OUI	NON
Avez-vous déjà passé une IRM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avec injection de produit de contraste :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous porteur :

D'un Pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

-Si oui, veuillez nous contacter.

De clips chirurgicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

D'une valve cardiaque, de stent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

D'un neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

D'une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

De prothèse dentaire, auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

D'éclats métallique (vis, broche, éclats dans les yeux,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

L'examen doit-il être réalisé avec injection de produit de contraste (APC) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

-Si oui, et que vous avez plus de 65ans, un bilan de créatinémie (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être réalisé dans un délai de 5 à 15 jours avant l'examen.

Ne pas oublier de venir au RDV avec les résultats.

Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

-Si oui, un bilan de créatinémie (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être obligatoirement réalisé dans un délai de 5 à 15 jours avant l'examen.

Vous devez obligatoirement venir avec les résultats.

Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Faites-vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

- Si votre examen doit être réalisé avec une injection et en cas de très grand terrain allergique, d'asthme, d'œdème de Quincke ou d'urticaire géant un traitement antihistaminique (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être pris par voie orale 3 jours avant l'examen.

En cas d'allergie bénigne (pollen, acarien, ...) aucune prémédication n'est nécessaire.

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Etes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous un RDV de scintigraphie le même jour que l'IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

En cas de doute, n'hésitez pas à contacter votre médecin prescripteur, médecin traitant ou le service d'imagerie (05.62.13.31.50).

Fait à :

Le :

Signature :