

NOM :

Prénom :

Taille :

Date de naissance :

Poids :

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES	OUI	NON
Avez-vous reçu un éclat métallique proche ou dans les yeux ? Si oui, un spécialiste vous l'a-t-il enlevé ? <i>Si l'éclat métallique n'a pas été retiré, faire une radio des orbites plusieurs jours avant la date de votre RDV d'IRM et nous l'apporter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur : - d'un pace maker, défibrillateur cardiaque ? - d'un implant cochléaire ? - d'un clip vasculaire intracrânien ? - d'une dérivation ventriculo péritonéale ? <i>Si oui, nous avons OBLIGATOIREMENT besoin de la REFERENCE de votre matériel, prenez contact avec votre chirurgien si nécessaire. A nous faire passer dans les plus brefs délais</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'une valve cardiaque ? Si oui : <input type="checkbox"/> mécanique <input type="checkbox"/> biologique <i>Si oui mécanique, nous avons OBLIGATOIREMENT besoin de la REFERENCE de votre matériel, prenez contact avec votre chirurgien si nécessaire. A nous faire passer dans les plus brefs délais</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'un neurostimulateur, d'une pompe à insuline, ou autre matériel électronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'un stent, coil ? Si oui, date d'implantation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES	OUI	NON
Etes-vous porteur :		
- d'un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'un implant dentaire ? Si oui, posé depuis plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'un capteur de glycémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'une prothèse ou agrafe au niveau d'une articulation (hanche, genou) Si oui, posée depuis plus de 15 jours ? :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madame : - êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- allaitez-vous en ce moment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRE-INDICATIONS A L'INJECTION DE GADOLINIUM	OUI	NON
Etes-vous allergique au gadolinium ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CET EXAMEN N'EST PAS SANS DANGER

Vous devrez retirer tout élément magnétique, métallique ou électronique que portez sur vous avant d'entrer dans la salle d'examen (clés, téléphones, pièces de monnaies, carte magnétique, appareils auditifs, oculaires...). L'aimant très puissant risque de les endommager.

DATE :

SIGNATURE :

COMMENT SE DEROULE UNE IRM ?

Avant de vous rendre à votre examen d'IRM n'oubliez pas d'**ôter tout objet métallique** tel que bijoux, montre, barrettes, pince à cheveux, prothèse auditives...

Evitez de vous maquiller (particulièrement le fard à paupières).

Il vous sera demandé de vous déshabiller (le soutien-gorge est également à enlever car il contient des attaches métalliques).

En fonction de l'indication, une voie veineuse peut être nécessaire.

Vous serez couché(e) sur la table d'examen, la partie de votre corps à examiner sera positionnée au centre d'une antenne de réception.

L'appareil est ouvert des deux côtés, il est éclairé et ventilé.

Une immobilité complète vous sera demandée.

Quelle que soit la durée de l'examen (environ 20 minutes), vous ne serez jamais laissé(e) sans surveillance.

Le bruit produit par l'appareil est **normal**, vous disposerez d'un casque afin de l'atténuer.

POUR LES PATIENTS PORTEURS D'UN STIMULATEUR CARDIAQUE (PACE-MAKER)

Si vous êtes porteur(euse) d'un stimulateur cardiaque (ou pace maker) merci de nous contacter au **04.90.27.62.47**.

