



Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc
L'hôpital au cœur,
l'esprit ouvert

QUESTIONNAIRE AVANT DE PASSER UNE IRM

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Poids :** Kg

Avez-vous déjà passé une IRM ? OUI ● NON ●

Etes-vous claustrophobe ? OUI ● NON ●

Avez-vous déjà été opéré(e) de la tête ? OUI ● NON ●

(Clips, valve, prothèse oculaire)

Avez-vous déjà été opéré(e) du cœur ? OUI ● NON ●

(Stimulateur, pile, pace maker, valves)

Autres interventions : dans le cas où du matériel chirurgical aurait été laissé en place
.....
(Broches, vis, plaques)

AVEZ-VOUS :

● **Un appareil dentaire comportant du métal ?** OUI ● NON ●

● **Un appareil auditif ?** OUI ● NON ●

● **Du matériel métallique dans le corps ?** OUI ● NON ●

● **Des éclats métalliques dans les yeux ?** OUI ● NON ●

● **Un filtre vasculaire ou stent ?** OUI ● NON ●

Avez-vous une insuffisance rénale connue ? OUI ● NON ●

POUR LES FEMMES :

➤ **Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?** OUI ● NON ●

➤ **Etes-vous en cours d'allaitement ?** OUI ● NON ●

Je reconnais avoir pris connaissance et avoir été informé des contre-indications présentées ci-dessus, liées à la réalisation d'un examen IRM.

(Pour les patients mineurs : signature du document d'autorisation d'injection de produit de contraste par le représentant légal)

Date :

Signature :