

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

SCANNER - I.R.M. DU PARC

33, rue des Bûchers

31400 TOULOUSE

Tel : 05.61.36.66.05

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a prescrit une Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire (IRM).

Cet examen n'est pas sans danger.

Le radiologue qui va pratiquer cette exploration vous demande de bien vouloir répondre au questionnaire suivant afin de rechercher d'éventuelles contre-indications à cet examen.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

POIDS :

Oui

Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous porteur d'une pile cardiaque (pace-maker, stimulateur cardiaque) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous travaillé dans les métaux (fraiseur...), reçu de la limaille de fer dans les yeux ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous porteur d'un appareil dentaire ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous porteur d'une prothèse (appareil auditif amovible, prothèses articulaires, pénienne, plaques vertébrales, piercing...) ? Si oui, précisez : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été opéré des oreilles (prothèse cochléaire ...) ? Si oui, précisez : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été opéré du cœur (d'une valve ...) ? Si oui, précisez : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été opéré du cerveau (d'un anévrisme ...) ? Si oui, précisez : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été opéré des vaisseaux (filtre cave ? anévrisme ? stent coronaire ? ...) ? Si oui, précisez : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous allergique (asthme, eczéma, réaction à certains aliments, médicaments ou autres produits...) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En cas de contexte allergique, avez-vous pris une prémédication anti-allergique avant cet examen ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous une altération de la fonction rénale (insuffisance rénale ? dialyse ?...) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous traité pour un diabète ? (si oui, avec quels médicaments ?) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disposez-vous d'un bilan sanguin (prise de sang) datant de moins de 3 mois ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allaitez-vous en ce moment un enfant ? |

Vous devrez retirer tout élément magnétique, métallique ou électronique que vous portez sur vous, avant d'entrer dans la salle d'examen (clés, téléphones, pièces de monnaie, cartes magnétiques, appareils auditifs, oculaires etc...) : l'aimant très puissant est susceptible de les endommager !

Nous restons à votre disposition pour vous aider éventuellement à répondre à ces quelques questions.

Date et Signature

R.V. : du Lundi au Vendredi de 8h00 à 20h00 et le Samedi Matin
Centre de Radiologie : 05.61.36.66.00
Scanner-I.R.M. : 05.61.36.66.05 – Fax : 05.61.36.69.36
Urgence : 05.61.36.66.66