

GIE IRM LYON NORD

Questionnaire patient

Vous allez passer un examen d'IRM : cette technique utilise des propriétés magnétiques du corps humain .Vous allez rentrer dans un aimant puissant par conséquent nous devons nous assurer que la réalisation de votre examen doit être possible.

Aussi nous vous demandons de bien remplir ce questionnaire de la façon la plus complète.

Nom du Patient :

Prénom :

Date de Naissance :

Taille :

Poids :

IRM à effectuer (quelle partie du corps ?) :

Avez-vous déjà passé une IRM ? **oui** **non**

Avez-vous déjà été opéré **de la tête** ? **oui** **non**
(Clips, valve)

Avez-vous été opéré **du cœur** ? **oui** **non**
(Stimulateur, pile, pace maker, valves)

Avez-vous une insuffisance rénale ? **oui** **non**

Etes vous porteur (se) de :

- Dentier ou appareil dentaire mobile ? **oui** **non**

- Appareil auditif ? **oui** **non**

- Eclat métallique dans les yeux ? **oui** **non**

- Matériel métallique dans le corps ? **oui** **non**

- Filtre vasculaire ou stent ? **oui** **non**

Pour les femmes :

Etes-vous susceptible d'être enceinte ? **oui** **non**

Allaitement en cours ? **oui** **non**

Date : le

Signature :

Réservé au service IRM

Créatinine :

Produit apporté :

OUI

MULTIHANCE

EXTERNE

Clairance :

NON

DOTAREM

GADOVIST

HOSPITALISE

Examens antérieurs rapportés : **OUI** **NON**

Protocole effectué :

Examen en rapport avec une ALD : **OUI** **NON**