

G.I.E IRM 39

CENTRE D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement subir un examen IRM. Cet examen est contre-indiqué chez certains patients.

Merci de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous et de nous le rapporter signé le jour de votre rendez-vous.



Veillez impérativement nous contacter, dès réception de ce courrier, en cas de réponse positive à l'une des questions suivantes :

- Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque/pacemaker OUI NON
- Etes-vous porteur de clips cérébraux ou vasculaires OUI NON
- Etes-vous porteur de valve cardiaque mécanique OUI NON
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale récente (moins de 6 semaines) OUI NON
- Etes-vous porteur d'implant auditif interne OUI NON
- **Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques dans les yeux, même retirés (soudure, meulage...)** OUI NON
- Avez-vous déjà présenté une allergie OUI NON
- Etes-vous diabétique OUI NON
- Etes-vous en insuffisance rénale OUI NON
Si oui, nous communiquer votre taux de créatininémie
- Madame, êtes-vous susceptible d'être enceinte OUI NON

Ces informations peuvent, dans certains cas, contre-indiquer l'examen ou en altérer la qualité : il est important que nous en ayons connaissance dès réception de ce courrier.

Merci d'indiquer votre poids :

Nom, Prénom :

Date et Signature :