

Fiche Examen IRM

Vous allez passer une IRM, pour votre sécurité et la qualité de votre examen, nous vous remercions de compléter le questionnaire suivant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

<input type="checkbox"/> Quel est votre poids ? : Kg	Quelle est votre taille ? mètres		
		oui	non
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un pace maker (pile cardiaque) ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré du cœur ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré du cerveau ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré des artères ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous subi une autre opération ? si oui laquelle ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques ? (éclats métalliques, balles, éclats d'obus...) même il y a longtemps , notamment près des yeux ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous travaillé sur des métaux ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous un appareillage, une prothèse, un corps étranger quelconque ? (Stent, neurostimulateur, implant, filtre cave, piercings.....)			
<input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ? ou susceptible de l'être ?			
<input type="checkbox"/> Allaitiez-vous ? Si oui, âge du bébé ?			
<input type="checkbox"/> Etes-vous claustrophobe ?			
<input type="checkbox"/> Si oui, sur une échelle de 1 à 10 (1= un peu claustrophobe, 10 = extrêmement claustrophobe) a combien l'estimez- vous ? (entourez la bonne réponse) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu des réactions à un produit de contraste ? Si oui de quel type (bouton, difficulté respiratoire...etc.) ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous présenté une crise d'asthme dans les 7 derniers jours ?			
<input type="checkbox"/> Avez-vous présenté de l'urticaire dans les 7 derniers jours ?			
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ou de chimiothérapie ?			
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un tatouage (y compris Eyeliner permanent) ?			

Dans tous les cas, si **OUI**, précisez l'emplacement, la matière et la date de mise en place.

Nous vous rappelons que le port des bijoux est interdit lors de l'examen.

Pour une IRM crânienne, le maquillage des yeux est proscrit.

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Si l'organisation le nécessite, consentez-vous à bénéficier d'un acte de télé-radiologie ? Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.		

Je certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus

Date et signature du patient :


Autorisation parentale :		
Je soussigné, détenteur de l'autorisation parentale de l'enfant :, autorise les médecins du service d'Imagerie Médicale à pratiquer chez mon enfant un examen IRM avec/sans produit de contraste et/ou sous anesthésie.		
Signature : Père :	Mère :	Tuteur :


Ce feuillet rempli doit être déposé impérativement au secrétariat pour une prise de rendez-vous



CENTRE
HOSPITALIER
SARREGUEMINES

SCANNER - IRM

 03.87.27.34.88

 03.87.27.34.87

IRM	

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELEPHONE	
MEDECIN TRAITANT	
N° SECURITE SOCIALE	
Régime (Général, Local, ALD)	

Documents à compléter et à nous envoyer avec l'ordonnance à :

Hôpital Robert-PAX
Secrétariat d'imagerie
2 rue René François Jolly
B P 50025

57211 SARREGUEMINES CEDEX