



## Pour toute demande de RDV IRM

1. Veuillez remplir cette fiche et le questionnaire au verso.
2. Renvoyez cette fiche, le questionnaire + **vosre ordonnance** par :

E-mail : [imagerie@ch-sarreguemines.fr](mailto:imagerie@ch-sarreguemines.fr)

Ou courrier :

Hôpital Robert-PAX  
Secrétariat d'imagerie  
2 rue René François Jolly  
B P 50025  
57211 SARREGUEMINES CEDEX

3. Après validation de votre ordonnance par le radiologue, vous recevrez votre RDV par voie postale.

<b>NOM :</b>	<b>NOM DE NAISSANCE :</b>
<b>PRENOM :</b>	<b>DATE DE NAISSANCE :</b>
<b>ADRESSE :</b>	
<b>TELEPHONE FIXE :</b>	<b>TELEPHONE PORTABLE :</b>
<b>MEDECIN TRAITANT :</b>	
<b>N° SECURITE SOCIALE :</b>	<b>REGIME (Général, Local, ALD) :</b>
<b>SI PATIENT MINEUR : nom, prénom et lien de parenté du responsable légal</b>	



## Questionnaire IRM

L'appareil IRM impose un certain nombre de précautions, pour votre sécurité et la qualité de votre examen, merci de remplir **très attentivement** le questionnaire ci-dessous :

**Nom :** **Nom de naissance :**  
**Prénom :** **Date de naissance :**  
**Téléphone :** **Poids :** **Taille :**

	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un pacemaker (pile cardiaque), d'un holter ou d'un défibrillateur ? <b>Si oui, nous fournir une copie de la carte avec les références du matériel implanté.</b>		
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré du cœur ? <b>Si oui à quelle date ? :</b>		
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré du cerveau ? <b>Si oui à quelle date ? :</b>		
<input type="checkbox"/> Avez-vous été opéré des artères ? <b>Si oui à quelle date ? :</b>		
<input type="checkbox"/> Avez-vous subi une opération il y a moins de 6 semaines ?		
<input type="checkbox"/> Quelles autres opérations avez-vous subi ? <b>(type d'opération et date) :</b>		
<input type="checkbox"/> Avez-vous un appareillage ou un corps étranger (neurostimulateur, implant...) autre que prothèse du genou, hanche, épaule ou implants dentaires ? <b>Si oui, nous fournir une copie de la carte avec les références du matériel implanté.</b>		
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ou de chimiothérapie ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous porteur d'un capteur de glycémie (diabète) ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques ? (éclats métalliques, balles, éclats d'obus...) <b>même il y a longtemps</b> , notamment près des yeux ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous travaillé sur des métaux (soudure, meuleuse, tour...)?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		
<input type="checkbox"/> Allaitiez-vous ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous la crainte de prendre l'ascenseur ? <b>Si oui</b> , sur une échelle de 1 à 10 (1= faible, 10 = élevé) a combien l'estimez- vous ? (entourez la bonne réponse) <b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>		
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu des réactions à un produit de contraste à base de gadolinium? <b>Si oui de quel type</b> (bouton, difficulté respiratoire...etc.) ?		
	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Acceptez-vous que votre examen soit réalisé dans nos locaux et interprété par un radiologue exerçant à distance (téléradiologie) ?		
<input type="checkbox"/> En cas d'annulation de votre part, consentez-vous à nous prévenir ?		

Je certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus.

**Date et signature du patient :**

<b>Autorisation parentale ou du tuteur:</b>		
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 :