

MERCI DE REpondre ATTENTIVEMENT AU QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS



TOUTE REPONSE INCOMPLETE OU ERRONEE PEUT METTRE VOTRE SANTE GRAVEMENT EN DANGER

Nom : Prénom : Date de naissance : Poids :

Avez-vous déjà passé une IRM ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Mesdames, êtes vous susceptible d'être enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques intra oculaires (dans les yeux) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, un ophtalmo vous les a-t-il enlevés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui une interruption de l'allaitement de 4h est recommandée si injection de gadolinium à l'IRM		
Êtes-vous porteur ?			Etes-vous porteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D'une pile cardiaque (pacemaker) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	De patch cutané ?		
D'une valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	De matériel d'ostéosynthèse (vis, clou, prothèse..) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De stent ? (ressorts)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	De prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De clips neurochirurgicaux ? (opération cerveau)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	De capteurs de glycémie (valable 15 jours) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De clips vasculaires ? (opération artère)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	D'implants oculaires type cataracte ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De valves de dérivation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	D'un tatouage ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D'implant ou d'anneau gastrique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Etes vous insuffisant rénal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De neurostimulateurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Êtes-vous allergique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D'implants cochléaires ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui à quoi		
De perfuseurs implantables ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pensez-vous être claustrophobe ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De filtre cave ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Acceptez-vous l'injection de gadolinium si nécessaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

***Si vous avez coché OUI à l'une des questions grisées, merci de contacter rapidement le répondeur du secrétariat de Radiologie 04 42 43 21 13 en laissant votre nom et vos coordonnées, une manipulatrice vous rappellera dans les plus brefs délais.**

*Merci de préciser par écrit ou à l'interrogatoire tout autre opération et/ou toute maladie sérieuse vous concernant pour une meilleure prise en charge :

.....

.....

Vous allez passer une IRM?

Merci de lire attentivement les renseignements qui suivent et de remplir soigneusement le questionnaire au verso.

- ✱ L'IRM est une technique d'imagerie qui n'utilise pas les rayons X mais **un champ magnétique** et des ondes de radio fréquence.
- ✱ L'aimant utilisé à la forme d'un gros cylindre creux au sein duquel on fait coulisser le lit sur lequel est allongé le patient.
- ✱ Le cylindre mesure moins d'un mètre de long et il est **largement ouvert et évasé à ses deux extrémités** ; il est **éclairé et aéré**.
- ✱ Une fois dans l'aimant, il convient de **rester immobile entre 15 à 20 minutes**, parfois un peu plus.
- ✱ Il peut vous être demandé de ne pas respirer pendant quelques secondes.
- ✱ Pendant l'examen, les ondes radio font **un bruit assez fort et répétitif** que le personnel vous proposera de **réduire avec un casque**.
- ✱ Un certain nombre d'examens nécessite une injection intraveineuse de produit de contraste au niveau du bras. **Le produit injecté n'est pas de l'iode** mais du **gadolinium**.
- ✱ **L'examen est indolore.**
- ✱ Pendant tout l'examen vous êtes **sous la surveillance de l'équipe radiologique** qui vous voit et vous entend. **Une sonnette** vous permet de rester en communication avec l'équipe en cas de claustrophobie ou tout autre problème.
- ✱ Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen. **L'équipe est à votre disposition pour y répondre et vous rassurer.**

DEROULEMENT DE L'EXAMEN

VOUS N'AVEZ PAS BESOIN D'ETRE A JEUN (sauf pour les bili et entéro IRM)

Pensez à enlever si possible à l'avance bijoux et piercings amovibles.

✱ **Avant l'examen**, le personnel vous interrogera et récupérera le questionnaire qui suit destiné à repérer les sujets qui présentent une contre-indication absolue à une exploration IRM. Certaines contre-indications relatives ou temporaires seront discutées avec **le médecin radiologue qui est seul à prendre la responsabilité de faire l'examen ou de le refuser.**

✱ **Au moment de l'examen**, vous laisserez dans votre vestiaire tout **objet métallique** : tous les bijoux (même en or), lunettes, prothèses auditives, montre, ceinture, pièces de monnaie, épingles à cheveux, soutien gorge, appareil dentaire amovible, chaussures...ou tout **objet sensible aux champs magnétiques** (carte de crédit, téléphone portable, carte à puce, etc...)

CONSENTEMENT PATIENT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information et avoir répondu attentivement au questionnaire précédent.

Je donne mon accord pour que l'examen IRM soit réalisé le

Signature