PÔLE IMAGERIE DIAGNOSTIQUE FONCTIONNELLE ET THERAPEUTIQUE
Service de Radiologie - Secteur IRM

Questionnaire unique de contre-indications IRM

Nom et prénom :

Date de naissance :

A remplir **OBLIGATOIREMENT** avant la prise de rendez-vous, et **à envoyer** par mail à : sec.irm@chu-poitiers.fr

Poids..... Kg

Taille .....cm

Toute fiche de contre-indication avec informations manquantes, incomplètes ou erronées peuvent entraîner des risques pour le patient, engager la responsabilité du médecin demandeur et fera l'objet d'un refus ou d'un report d'examen.

Contre-indications			
Clips intra crâniens	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Clips vasculaires	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Pace maker/Pile cardiaque/Défibrillateur	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Holter implanté (type REVEAL)	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Neuro-stimulateur	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Stents, Coils	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Valves cardiaques (cœur)	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Valve de dérivation (crâne)	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Pompe d'injection implantée	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Implants cochléaires	Non □	Oui □	**Envoyer la carte de référence**
Chambre implantable (PAC)	Non □	Oui □	
Éclats métalliques intracorporels	Non □	Oui □ Préciser :	
Corps étrangers métalliques intra oculaires	Non □	Oui □	
Avez-vous soudé ou meulé sans lunettes de protection ?	Non □	Oui □	
TOUTES Intervention(s) Chirurgicale(s) ou opération(s) antérieure(s) □ Non	Type d'intervention et date :		
Grossesse en cours (ou susceptible)	Non □	Oui □	Terme :
Contraception □ Non	Stérilet □ Préciser le modèle : ..... Pilule □ Implant □ Autre □		
Tatouage ou maquillage permanent □ Non	**Localisation(s) et taille(s) :**		
	Date de réalisation du tatouage et pays :		

Tournez la page SVP

<table>
<tr><td>Acouphènes
□ Non</td><td colspan="2">Modérés □</td><td>Importants □</td></tr>
<tr><td>Claustrophobie
□ Non</td><td colspan="2">Modérée □</td><td>Importante □</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Appareil dentaire
□ Non</td><td colspan="3">Multibagues (orthodontie)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Non □</td><td>Oui □</td></tr>
<tr><td colspan="3">Contention collée (distance inter-canines max.)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Non □</td><td>Oui □</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dentier amovible</td></tr>
<tr><td colspan="2">Non □</td><td>Oui (retirer pour l’examen) □</td></tr>
<tr><td colspan="3">Autres (couronne, implants, etc.) :</td></tr>
<tr><td>Prothèse auditive amovible</td><td colspan="3">Si oui, à retirer pour l’examen</td></tr>
<tr><td>Capteur de glycémie
□ Non</td><td colspan="3">Oui □ Si oui, à retirer pour l’examen
(ATTENTION : le changement de capteur reste à la charge du patient)</td></tr>
<tr><td>Patch(s) médicamenteux
□ Non</td><td colspan="3">Si oui, à retirer pour l’examen</td></tr>
<tr><td>Piercing amovible
□ Non</td><td colspan="3">Si oui, à retirer pour l’examen</td></tr>
<tr><td colspan="4">Contre-indications Gadolinium</td></tr>
<tr><td>Réaction de type allergique connue aux produits de contraste IRM</td><td>Non □</td><td colspan="2">Oui □</td></tr>
<tr><td>Insuffisance rénale modérée à sévère (clairance < 15 ml/min)</td><td>Non □</td><td>Oui □</td><td>Dosage créatinine :
Date :</td></tr>
</table>

LE JOUR DE L’EXAMEN, MERCI DE VENIR SANS BIJOUX, NI MAQUILLAGE ET VETEMENTS SANS METAL

Je soussigné(e) _____certifie l’exactitude des réponses apportées au questionnaire ci-dessus sur les contre-indications IRM.

Le ……./……../……

Signature :

Réservé IRM

Vérifié le ……./……./……. Par :

Signature :