

G.I.E. I.R.M. de MOULINS

10, avenue du Général de Gaulle
03000 MOULINS

Tél. 04 70 35 79 32 - Fax 04 70 35 79 34

GIE RÉGI PAR L'ORDONNANCE 67 821 du 23 SEPTEMBRE 1967

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

N° Dossier :

N° de lot :

CONTRE-INDICATIONS

Contacter le service IRM pour toutes réponses positives

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Pacemaker (pile cardiaque) : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Corps étranger intra-oculaire (limaille ou paille) : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Travail dans la métallurgie, soudure ou meulage : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • À titre occasionnel : bricolage, soudure, meulage | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Vous portez (apporter documents et références relatifs au matériel posé) :

- | | | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Valve cardiaque | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Valve de dérivation | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Holter implantable | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Filtre cave ou stents | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Neuro stimulateur | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | <i>Année d'implantation :</i> | | |
| • Implant auditif | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | | |

- | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Prothèses | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Plaques, vis | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| <i>Année d'implantation :</i> | | | <i>Année d'implantation :</i> | | |

ÉTAT GÉNÉRAL

- | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| • Insuffisance rénale
<i>(si « OUI », apporter examen sanguin en rapport)</i> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Diabétique
<i>(si lecteur de glycémie et/ou pompe à insuline, les retirer pour examen IRM)</i> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Enceinte (ou retard de règles) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Sous bêtabloquants | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Asthmatique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Appareil dentaire | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Antécédents allergiques
<i>Si « OUI » type :</i> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Appareil auditif | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • Prémédication : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | • Claustrophobie | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | | | • Piercing | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Nom : Prénom :

Né(e) le Poids : kg Taille :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation de l'examen.

Signature *(pour les mineurs, signature des parents).*

Fait le