

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"/> | Année d'implantation : | | |
| • Implant auditif | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | | |

- Prothèses OUI ☐ NON ☐

Année d'implantation :

- Plaques, vis OUI ☐ NON ☐

Année d'implantation :

ÉTAT GÉNÉRAL

- | | |
|---|--|
| • Insuffisance rénale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(si « OUI », apporter examen sanguin en rapport) | • Diabétique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(si lecteur de glycémie et/ou pompe à insuline, les retirer pour examen IRM) |
| • 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si « OUI » type : | • 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