

Questionnaire IRM

NOM : Prénom :  
Date de naissance : Taille : Poids :  
Adresse :  
Téléphone(s) :

**Vous allez entrer dans un champ magnétique intense. Certaines précautions doivent être prises concernant les points suivants :**

Contre-indications absolues :

Etes-vous porteur d'un pace-maker ?	oui	non
d'un clip métallique ou stent vasculaire ? (anévrisme intra-crânien)	oui	non
d'un neurostimulateur ?	oui	non
d'une valve de dérivation ventriculaire ? d'une pompe à insuline ?	oui	non
d'un cathéter ou pompe à chimiothérapie ?	oui	non
Avez-vous des éclats métalliques dans les yeux ? (travail en métallurgie)	oui	non
des éclats d'obus, de grenade, ou des balles dans le corps ?	oui	non

Contre-indications suivant emplacement :

Etes-vous porteur d'une prothèse métallique ?	oui	non
d'une prothèse dentaire ?	oui	non
d'une plaque sur la colonne vertébrale ?	oui	non
d'une prothèse orthopédique ?	oui	non
de sutures à fil métallique ou d'agrafes ?	oui	non

Indications générales :

Avez-vous déjà passé un examen en IRM ou en IRM fonctionnelle ?	oui	non
Avez-vous peur d'être enfermé ? (claustrophobie)	oui	non
Etes-vous particulièrement sensible au bruit ?	oui	non

Nous vous demandons également de vous démunir de :

Vos lunettes ou lentilles, tout bijou (boucles d'oreilles, chaînes, bagues, piercing, ...), tout objet métallique (monnaie, bijoux, montre, clés, épingles à cheveux, ceinture, crayons, ...), toute carte magnétique (carte de crédit, tickets de métro, carte de parking,...),

Je soussigné ....., donne mon consentement pour effectuer un examen en IRMf. Je certifie avoir bien pris connaissance des précautions à prendre avant d'entrer dans la salle de l'IRM.

A Marseille, le

Signature