

Vous allez passer une IRM

Pour votre sécurité et la qualité de votre examen, nous vous remercions de compléter le questionnaire suivant, de le rapporter **au cabinet de radiologie** :

NOM : Prénom : Date de naissance : N° de sécurité sociale :	Adresse : Numéro de téléphone :	
Médecin traitant :	Poids : Taille :	
	OUI	NON
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un capteur Free Style libre ? (Patient diabétique) (si oui : il faudra le retirer pour l'examen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous amené à fraiser, souder, meuler, disquer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque (pile, pace maker) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose : <input type="checkbox"/> Filtre cave (-6 sem) <input type="checkbox"/> Port-à-cath (-6 sem) <input type="checkbox"/> Clips cérébraux vasculaires (contre-indication formelle) <input type="checkbox"/> Corps étrangers métalliques type plombs de chasse <input type="checkbox"/> Appareil dentaire : à retirer au moment de l'examen <input type="checkbox"/> Appareil auditif : à retirer au moment de l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse orthopédique (plaque, clou, vis, broche ...) <input type="checkbox"/> Tatouage (-6 sem), piercing <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous déposerez dans une cabine vos effets personnels

Date : 20 septembre 2023	Signature :
--------------------------	-------------

Date :

PROTOCOLE DE RDV IRM SCANNER

Je soussigné(e), _____,
certifie apporter lors de mon examen :

- ma carte vitale
- mon attestation de sécurité sociale (CMU seulement)
- mon ordonnance
- le questionnaire que l'on m'a demandé de remplir au cabinet de radiologie lors de la prise de RDV
- le protocole que je viens de signer
- le résultat de ma prise de sang (si demandée) **IMPERATIF**
- le produit d'injection (si précisé lors de la prise du RDV)
- les précédents clichés de scanner, d'IRM, de radiographie ou (et) d'échographie

Un RDV d'IRM ou de SCANNER doit être respecté ou annulé au moins 48h à l'avance.

J'ai pris bonne note que sans ces différents éléments mon examen sera annulé.

Pour cet examen, merci de porter des vêtements en coton et de retirer vos bijoux au préalable.

***Le résultat sera à récupérer au cabinet de radiologie
10 jours après l'examen
ou accessible depuis « Mon espace santé » (DMP).***

Signature