

FICHE DE RENSEIGNEMENT IRM
A renseigner et à fournir au secrétariat d'IRM

NOM - Prénom :

Poids :

Date de naissance :

- Avez-vous **déjà passé une IRM** ? OUI NON
- Portez-vous du **matériel implantable** ? OUI NON
*Signalez si vous portez un **PACEMAKER**, une **VALVE**, **DEFIBRILLATEUR**, une pompe à médicament, capteur de glycémie, **VALVE DE DERIVATION**, neurostimulateur, implant oculaire ou cochléaire, prothèse électronique ...*
- Portez-vous un **appareil auditif**, ou des **appareils dentaires amovibles** ? OUI NON
- Avez-vous des tatouages, piercings, maquillages permanents, patches ... OUI NON
- Avez-vous déjà été **opéré des vaisseaux** ? (notamment stent, filtre cave, coils ...). *Si oui, précisez quand :* OUI NON
- Avez-vous déjà été **opéré du crâne** ? OUI NON
- Avez-vous connaissance d'**éclats métalliques** dans le corps ? OUI NON
Si oui, précisez le siège et la nature :
- Avez-vous des **ALLERGIES** ? produits de contraste, latex ... OUI NON
Si oui, précisez :
- Avez-vous des antécédents de **maladie rénale** ? OUI NON
- Avez-vous déjà eu une **injection de gadolinium** ? OUI NON
Si vous avez eu une réaction anormale, précisez :
- Madame/Mademoiselle, pensez-vous être enceinte ? OUI NON
- Avez-vous des **EXAMENS ANTERIEURS** (comptes rendus, radiographies, CD-Rom) à fournir ? OUI NON

Notre centre propose la consultation des résultats et des images en ligne sur le site
www.var-imed.fr

- Donnez-vous votre consentement afin que le médecin prescripteur de votre examen puisse **consulter vos résultats** ? OUI NON

Date et signature :