

## QUESTIONNAIRE IRM DUROC

**Nom – Prénom :**

Date de naissance :

Poids : \_\_\_kg      Taille : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà passé une IRM ? OUI  NON

*Merci de répondre à toutes les questions*

<u>Avez-vous une contre-indication aux champs magnétiques délivrés par l'IRM ?</u>	OUI	NON
Stimulateur cardiaque (pacemaker, pile) ou défibrillateur		
Valve cardiaque, si oui apporter les références pour vérifier la compatibilité		
Clips chirurgicaux, stents		
Avez-vous reçu des éclats métalliques dans les yeux, <u>même anciens</u> (soudure, meulage, plomb...) ? S'il y a un doute, une radio sera réalisée sur place avant l'IRM.		
Valve de dérivation ventriculo-péritonéale		
Pompe à médicaments implantée ou neurostimulateur		
Implants cochléaire (oreille interne)		
Prothèse articulaire (broches, clous, tiges...)		

	OUI	NON
Êtes-vous allergique au gadolinium (produit de contraste IRM) ?		
Etes-vous insuffisant rénale ?		
Avez-vous des prothèses auditives ou dentaires ?		
Madame, êtes-vous enceinte ?		
Allaitez-vous ?		

**Signature :**

**Date :**