

SELARL CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DU BRIANCONNAIS

26 A, av du Lautaret 05100 BRIANCON
tél : 04.92.21.14.11 Fax : 04.92.20.04.62
cabinet.radiologie0553@orange.fr

NOM : Prénom :
Date de naissance : Age :
Taille : Poids :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél : E-mail :

Avant votre examen, merci de répondre attentivement aux questions suivantes :

Avez-vous déjà passé une IRM ? Oui Non
Si oui, année : Lieu :

- Êtes-vous porteur d'une pile cardiaque (pacemaker) ?	Oui	Non
Si oui : marque / modèle :		
Date d'implantation :		
- Êtes-vous porteur d'une valve cardiaque ?	Oui	Non
Si oui : marque / modèle :		
Date d'implantation :		
- Avez-vous subi une opération du cerveau ?	Oui	Non
Si oui, quand et de quelle nature ?		
Clips chirurgicaux installés suite à cette opération	Oui	Non
- Êtes-vous porteur d'une valve de dérivation ?	Oui	Non
- Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques ? (éclats métalliques, balles, éclats d'obus...) même il y a longtemps, notamment près des yeux	Oui	Non

en cas de suspicion ou d'éclat avéré : **il vous sera demandé de réaliser une radio des orbites afin de confirmer sa présence, un éclat métallique dans l'oeil lors de l'IRM pouvant provoquer la cécité.**

- Avez-vous travaillé sur des métaux (fraiseur, disqueuse)?	Oui	Non
- Êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ?	Oui	Non
- Êtes-vous porteur d'un implant cochléaire ?	Oui	Non
- Êtes-vous porteur dialysé ou insuffisance rénal chronique ?	Oui	Non
- Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?	Oui	Non
- Êtes-vous porteur d'une prothèse dentaire ?	Oui	Non
- Êtes-vous porteur d'une prothèse auditive amovible ?	Oui	Non
- Avez-vous des antécédents d'allergie (asthme, médicaments, ...) ?	Oui	Non

Si vous répondez OUI à une question dans l'encadré, veuillez contacter le service des RDV au 04.92.53.19.19 ou par mail : rdv@cimgap.fr au plus tôt avant la date de votre examen.

Merci de nous indiquer les raisons qui vous ont amenées à consulter le médecin qui vous a prescrit l'IRM :

Avez-vous des antécédents au niveau de la région qui nous allons explorer ? (chirurgie, traumatisme ? ...). Si oui, merci de préciser la date :

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que vous êtes amené à passer. Nous espérons y avoir répondu . N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire .

Madame, Mademoiselle, Monsieur

a personnellement rempli cette fiche le

Reconnaît avoir eu une information claire et suffisante et avoir donné son accord pour que l'examen soit réalisé.

Signature

Ces fiches sont la propriété du GIE IRM ALPES DU SUD. Tout droit de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous les procédés réservés pour tous les pays (code de la propriété intellectuelle). Aucune diffusion par sponsoring n'est permise sans l'autorisation expresse du GIE IR ALPES DU SUD

GIE IRM ALPES DU SUD SITE HOPITAL DE GAP

1, place Auguste Muret

0500 GAP

mail : rdv@cimgap.fr

tél : 04.92.53.19.19 – Fax : 04.92.53.99.28