

Questionnaire de sécurité IRM



Réseau
Hospitalier
Neuchâtois

Département d'imagerie médicale

L'IRM utilise un champ magnétique intense, des précautions particulières sont à respecter avant de pénétrer dans la salle. Par conséquent nous vous demandons de remplir attentivement ce formulaire.

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance: _____

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm



Éléments implantés sensibles aux interférences électromagnétiques :
stimulateur cardiaque, défibrillateur, aide auditive, pompe à insuline, doseur de médicament, etc.

Oui Non

1. Avez-vous déjà eu une IRM ?
2. Souffrez-vous d'une insuffisance rénale ?
3. Etes-vous enceinte ?
4. Etes-vous porteur d'agrafes sur la peau ?
5. Etes-vous susceptible d'avoir reçu un éclat métallique dans l'œil ?
6. Etes-vous susceptible d'avoir un éclat d'obus dans le corps ?
7. Etes-vous porteur de l'un des matériels suivants :

==> Dispositif cardiaque

Pace-maker?* Défibrillateur?* Reveal?* (Soulignez ce qui convient)

==> Implant cochléaire*

==> Neurostimulateur*

==> Pompe à insuline

==> Capteur de glycémie

==> Valve cardiaque

Biologique ? Mécanique?* (Soulignez ce qui convient)

Oui Non

Date



Otez tous objets métalliques avant d'entrer dans la salle d'examen, y compris téléphone portable, piercing, montre, bijoux, pincés à cheveux, clés, monnaie, carte magnétique, etc.

***Veuillez nous fournir les documents concernant le matériel implanté.**

Oui Non

Date

8. Etes-vous porteur d'un clip neurochirurgical pour anévrisme cérébral ?

9. Avez-vous une prothèse articulaire ?

10. Autres opérations ?

si oui, lesquelles et date _____

11. Etes-vous porteur d'une prothèse auditive amovible ?

12. Avez-vous du matériel d'orthodontie fixe ou amovible ?

13. Avez-vous un patch ou un pansement transdermique (hormonal, nicotine) ?

Date :

Signature du patient :

Signature du médecin :