

Nom :

Prénom :

## IRM

### QUESTIONNAIRE DE SECURITE

(à remplir avant l'examen et à remettre au personnel de l'IRM)

Quel est votre poids ? .....

OUI NON

Avez-vous déjà eu un examen en résonance magnétique (IRM) ? .....

Etes-vous enceinte ? .....

Etes-vous porteur d'un des matériels suivants ? .....

Pace-maker (stimulateur cardiaque) ? .....

Neuro-stimulateur ? .....

Pompe à insuline ? .....

Valve cardiaque ? .....

⇒ Si oui : modèle : ..... type : ..... année : .....

⇒ Attestation de compatibilité en possession du patient ? .....

Prothèse auditive (amovible ou implant dans l'oreille) ? .....

Prothèse articulaire (hanche, genou, épaule,...) ? .....

Clip neurochirurgical pour anévrisme cérébral ? .....

Matériel d'orthodontie (prothèse dentaire fixe ou amovible) ? .....

Sutures avec fils métalliques ou agrafes ? .....

Patch ou pansement transdermique (hormonal ou nicotine) ? .....

**Corps étranger métallique dans l'œil ? .....**

Eclat d'obus ou objet métallique ? .....

Filtre dans la veine cave contre les embolies pulmonaires ? .....

Autre matériel métallique ou prothèse ? .....

**Avez-vous déjà eu des opérations ? .....**

Si oui, lesquelles, quand ?

.....  
 .....

Date : ..... Signature du patient : .....

Signature du médecin : .....

Merci de votre collaboration.