

FORMULAIRE DE SECURITE AVANT UN EXAMEN PAR RESONANCE MAGNETIQUE (IRM)



POIDS : Kg



NOM, Prénom du patient

Date de Naissance

Adresse

N° Admission

Organisme Assureur

N° national du patient

Codes Bénéficiaires

N° Téléphone



**L'IRM utilise un champ magnétique intense ; des précautions particulières sont donc à respecter avant de pénétrer dans la salle d'examen.
Veuillez remplir ATTENTIVEMENT les informations suivantes :**



- Etes-vous porteur d'un **PACE MAKER** ? OUI NON
- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale cardiaque ? OUI NON
- Si oui, êtes-vous porteur d'une **VALVE cardiaque METALLIQUE** ? (voir carte) OUI NON
- Avez-vous déjà été opéré au niveau du cerveau ? OUI NON
- Si oui, êtes-vous porteur de **CLIPS VASCULAIRES** ou d'un **DRAIN** ? OUI NON
- Est-il possible que vous ayez reçu un **ECLAT METALLIQUE dans l'OEIL** ? OUI NON
- Portez-vous un **APPAREIL AUDITIF** ? OUI NON
- Etes-vous porteur d'un des dispositifs médicaux **IMPLANTES** suivant :
 - IMPLANT COCHLEAIRE** (oreille) ? OUI NON
 - PROTHESE DENTAIRE** (couronne, bridge, implant) ? OUI NON
 - POMPE A INSULINE** ? OUI NON
 - NEUROSTIMULATEUR** ? OUI NON

- Etes-vous diabétique ? OUI NON
- Etes-vous en insuffisance rénale ? OUI NON
- Prenez-vous des Béta bloquants ? OUI NON
- Souffrez-vous d'un glaucome ? OUI NON
- Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou à risque de l'être ? OUI NON



Oter tous les objets métalliques avant d'entrer en salle d'examen, y compris GSM, piercing, montre, bijoux, pincés à cheveux, clef, monnaie, carte magnétique, etc...