



## IMAGERIE MÉDICALE DU CONFLUENT

Imagerie Diagnostique Numérique Échographie-Doppler Couleur  
Dépistage et Diagnostic des Maladies du Sein  
Ostéodensitométrie Radiologie Dentaire et Maxillo-Faciale Cone Beam

5 rue du Marais du Saule 77130 VARENNES-sur-SEINE  
Tél 01 64 70 23 44 Fax 01 64 32 87 19

[www.radiologiemontereau.com](http://www.radiologiemontereau.com)

Scanner de la Faïencerie & IRM Seine-et-Marne Sud  
6 Avenue du Général de Gaulle 77130 MONTEREAU-FAULT-YONNE Tél 01 64 70 00 85

IRM du Val de Seine  
164 Avenue Marcelin Berthelot 77190 DAMMARIÉ-lès-LYS Tél 01 64 79 75 00

Docteurs Claudine MÉNAGÉ Alexandre NADIR Pierre J. NICOLAS Bernard PARRENNE Annick VUANO-DELAGE

### QUESTIONNAIRE IRM

NOM :

Prénom :

Poids :

Taille :

Adresse :

Date de naissance :

Type d'IRM :

RdV le :

Avez-vous déjà passé une IRM ?

Si oui, quand ? : .....

	Oui	Non
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur :		
D'un Pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De clips chirurgicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une valve cardiaque, de stent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un neurostimulateur ou de fils implantés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date de l'intervention et références du matériel posé : .....		
D'une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'implants cochléaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une prothèse auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une prothèse dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans les métaux (meulage, usinage...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'éclats métalliques (notamment dans les yeux) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, demandez de passer une radiographie des orbites.		
Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire (Si oui, à quel endroit ? : .....) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des fractures ou des pathologies osseuses traitées par tiges ou plaques métalliques, broches ou clous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une mobilité réduite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, demandez un dosage de la créatinémie.		
Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'allergie, pas de prémédication sauf si œdème de Quincke ou urticaire géant.		
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une contraception ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pas de moyen de contraception, prévoir un dosage de BHCG		
Lors d'une injection, si vous allaitez, il faut arrêter le jour de l'examen et 48 heures après et prendre vos précautions pour nourrir l'enfant.		
Avez-vous eu OU aurez-vous d'autres examens avec injection 48 heures avant ou après ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces réponses et donne mon accord pour la réalisation de l'examen de ce jour. J'autorise l'injection de produit de contraste si besoin.

Varennnes-sur-Seine, Le :

Signature