



Imagerie du Flon

Centre d'imagerie diagnostique et interventionnelle
sénologique, obstétricale et gynécologique

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

L'IRM utilise un champ magnétique puissant, pour cela des précautions particulières doivent être RESPECTEES avant d'entrer dans la salle aimant. Par conséquent nous vous demandons de remplir ATTENTIVEMENT ce formulaire.

LE CHAMP MAGNETIQUE EST TOUJOURS ACTIF !



Poids : _____ Date dernières règles : _____

Prenez-vous des hormones, si oui lesquelles ? : _____ Stoppées depuis quand ? _____

Avez-vous des prothèses mammaires? _____

1. Avez-vous déjà eu une IRM ? oui non
Si oui, laquelle ? _____ Avec ou sans injection de produit de contraste ? _____
2. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du cerveau oui non
Si oui, laquelle ? _____
3. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale cardiaque oui non
Si oui, laquelle ? _____
4. Avez-vous pu recevoir un éclat métallique dans l'œil ? oui non
5. Avez-vous pu recevoir un éclat métallique dans le corps ? oui non
6. Avez-vous des allergies connues ou un terrain allergique ? oui non
Si oui lesquelles ? _____
7. Etes-vous enceinte ? oui non
8. Etes-vous insuffisant rénal ? oui non
9. Etes-vous diabétique? oui non

Indiquez si vous avez :

	oui	non
Pace maker (pile cardiaque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implants cochléaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres implants ou prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels :		
Piercing (mamelons, nombril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Oter tous les objets métalliques avant d'entrer dans la salle d'IRM, y compris : téléphone portable, beeper, montre, bijoux, piercing, pince à cheveux, clés, monnaie, carte magnétiques, etc.....

Nom du patient* : _____

*ou de son représentant légal

Date et Signature : _____