

# IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé un examen radiologique par IRM, il sera pratiqué avec votre consentement. Vous avez en effet, la liberté de l'accepter ou de le refuser.

Merci de nous donner les renseignements suivants :

**NOM** : .....

**POIDS** : .....

**PRENOM** : .....

**DATE DE L'EXAMEN** : .....

OUI

NON

Etes-vous porteur d'un **PACE MAKER** (Pile Cardiaque)

**SI OUI, VEUILLEZ LE SIGNALER A LA SECRETAIRE OU AU MANIPULATEUR**

Etes-vous porteur d'un **FILTRE CAVE**

Etes-vous porteur d'une **POMPE A INSULINE**

Avez-vous reçu des **ECLATS METALLIQUES** (yeux ou autre)

Etes-vous porteur de **CLIPS CHIRURGICAUX**

(Clips, Agrafes, Plaques, Broches, Vis ...)

Avez-vous subi une **INTERVENTION**

Cardiaque (cœur : stents, valves ...)

Cérébrale (tête : œil, oreilles)

Artérielle (vaisseaux)

Autres

Etes-vous porteur d'une **PROTHESE**

**Si oui, précisez** :  Auditive  Dentaire  Autres

Etes-vous **ALLERGIQUE aux médicaments**

Etes-vous suivi(e) pour une **INSUFFISANCE RENALE**

ou **DIABETIQUE**

Madame, êtes-vous **enceinte** ou **susceptible de l'être**

Allaitiez-vous

SIGNATURE