

Questionnaire IRM

**À amener le jour
de l'examen**

NOM ET PRENOM :

DATE ET HEURE DE RDV :

TAILLE : _____ POIDS: _____

1. Cas particuliers

Êtes vous porteur de :

- Pace Maker (Pile cardiaque)?
- Défibrillateur?
- Valve cardiaque?
- Valve intracrânienne?
- Corps étranger intra oculaire
- Capteur de glycémie (ou pompe à insuline non débranchable)?
- Implant cochléaire?
- Neurostimulateur?
- Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être?
- Prothèse mammaire de dilatation post-mastectomie?

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Si oui à l'une de ces questions, appelez le
03 87 76 33 34**

2. Informations

- Avez-vous déjà passé une IRM?
Date de la dernière IRM : _____
- Prothèse et/ou matériel métallique?
- Prothèse auditive et/ou dentaire?
- Clips vasculaires?
- Clips neurochirurgicaux?
- Eclats métalliques dans le corps?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale il y a moins de 6 semaines? Si oui laquelle?

- Tatouage récent?
- Avez-vous déjà subi une injection de produit de contraste à l'IRM?

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Covid

- Avez-vous eu un test PCR ou antigénique positif? Si oui à quelle date? _____
- Avez-vous une vaccination complète contre la Covid 19?
Date vaccination complète : _____
- Ces dernières 48h, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants?
 - Toux, difficulté respiratoire?
 - Fièvre
 - Perte d'odorat ou de goût
 - Diarrhée
 - Fatigue inhabituelle?
- Etes-vous cas contact?

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si OUI à une de ces questions appelez le



03 87 76 33 34

4. Vos données personnelles de santé

- Je déclare avoir compris les informations concernant mes données personnelles.
- J'accepte que les images de mon examen et mon compte-rendu d'examen soient communiqués à un autre médecin en charge de mon suivi médical si celui-ci en fait la demande.

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En signant, je certifie avoir répondu exactement aux questions posées et avoir compris les informations qui m'ont été données.

Date :

Signature :

Informations IRM

A lire IMPERATIVEMENT

1. Apporter le jour de l'examen (INDISPENSABLE)



→ Votre demande d'examen

→ Le questionnaire



→ Les anciens examens d'imagerie en rapport avec votre pathologie

→ Le produit de contraste (s'il vous a été prescrit)



→ Carte vitale à jour, papiers administratifs (CMU, AME, AT...)

→ Un moyen de paiement

2. Déroulement de l'examen

- **Les gestes barrière sont à respecter scrupuleusement, que vous soyez vacciné(e) ou non. Port du masque obligatoire au sein de nos locaux, pas d'accompagnant, sauf si nécessaire.**
- **CHAMP MAGNETIQUE INTENSE** : Evitez tout élément métallique ou électronique sur vous (dans la mesure du possible), pas de maquillage, bijoux, perruque ou vêtements contenant du métal (nous vous conseillons, d'amener un t-shirt et un pantalon sans métal).
- L'examen dure entre 10 et 40 minutes, allongé, l'appareil reste ouvert de chaque côté.
- Nous pouvons vous parler et vous voir. Vous aurez une alarme dans la main pour nous appeler en cas de besoin.
- L'examen étant bruyant, vous serez équipé obligatoirement d'un casque ou de boules Quiès pour atténuer le bruit (fourni sur place).
- Votre coopération est primordiale, il ne faut absolument pas bouger durant l'examen.
- Selon l'examen, une injection de produit de contraste est nécessaire pour un meilleur diagnostic : acte courant et indolore, la quantité adaptée vous sera administrée, elle est très bien tolérée dans l'immense majorité des cas.
- Indiquez nous toute information qui vous semble utile, et n'hésitez pas à nous faire part de vos questions, ou à nous signaler tout évènement qui vous semble anormal.
- Nous vous donnons votre dossier à l'issue de l'examen (CD et support papier). Pour limiter votre attente, vous pouvez récupérer votre compte-rendu sur internet avec vos identifiants :

<https://imagerie-saint-thiebault.fr>

3. Principaux risques

Utilisation d'un champ magnétique intense :

- Lors des 3 premiers mois de grossesse, l'IRM est contre-indiquée (embryogénèse). Prévenez-nous si vous êtes susceptible d'être enceinte.
- Risque de blessure ou à minima altération des images dûe à la perturbation du champ magnétique (projections d'objets magnétiques dans d'IRM), effacement des données / perturbation / destruction des appareils électroniques ou cartes magnétiques...

Utilisation d'ondes de radiofréquence :

- **Régulièrement** : échauffement corporel (effet inhérent à la technique IRM), limité au minimum et surveillé lors de l'examen.
- **Rarement** : échauffements cutanés voire petite brûlure au niveau des points de contact, petites réactions nerveuses des membres (fourmillements...) sans conséquence.

Injection de produit de contraste gadoliné

- **Régulièrement** : hématome au point de ponction.
- **Très rarement** : Nausées, allergie modérée (rougeurs, boutons), extravasation.
- **Exceptionnel** : Réaction importante pouvant nécessiter un traitement d'urgence ou une hospitalisation.

Afin de réduire ces risques, veuillez compléter attentivement le questionnaire fourni.

4. Vos données personnelles

- Nous sommes tenus légalement de conserver certaines de vos données sur nos serveurs sécurisés : Administratives, civiles, documents de santé, images... Bien sûr, vous disposez d'un droit d'accès à celles-ci.
- Seules les personnes de notre équipe, qui y sont habilitées y ont accès, nous ne communiquons aucune de vos données, sauf au médecin prescripteur : envoi automatique de votre compte-rendu par messagerie cryptée sécurisée (Apicrypt).
- D'autres médecins peuvent être amenés à nous demander vos images ou compte-rendus, dans le cadre de votre suivi médical, mais votre accord nous sera nécessaire pour pouvoir lui transmettre.