

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Taille : Poids :

Veuillez remplir scrupuleusement ce questionnaire

En cas de contre-indication majeure,
l'examen IRM ne pourra être réalisé.

POLE MEDICO-TECHNIQUE

IMAGERIE MEDICALE

Radiographie
Echographie
Scanner
Mammographie
IRM

Secrétariat
Tél : 03.88.54.11.21
Fax : 03.88.54.11.61
radiologie@ch-wissembourg.fr

Chef de Service :
Dr Alin MODREANU

Praticiens :
Dr Nadia NASTE
Dr Ecaterina NEGUT

Assistant :
Dr David COHEN

Cadre de Pôle :
Julie CHRISTMANN

FF Cadre de Santé :
Cédric STENGER

| Contre-indication | OUI | NON |
|---|-------------------------|------------|
| Etes-vous porteur d'un pacemaker (pile cardiaque) ? | | |
| Avez-vous subi une opération du cœur ou êtes-vous porteur d'une valve cardiaque ? | | |
| Avez-vous été opéré du cerveau : clips, implant, valve ? | | |
| Etes-vous porteur d'un neurostimulateur ? | | |
| Etes-vous porteur d'un stent, d'un filtre cave ? | | |
| Avez-vous un risque d'éclats métalliques dans les yeux ? Projectiles métalliques, éclats | | |
| Avez-vous un patch collé sur la peau ? | | |
| Etes-vous diabétique ? Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ou glucomètre Freestyle ? | | |
| Etes-vous porteur d'un appareil auditif ? | | |
| Etes-vous porteur d'un appareil/prothèse dentaire ? | | |
| Etes-vous porteur d'une prothèse orthopédique ? | | |
| Avez-vous des tatouages et/ou piercings ? | | |
| Etes-vous claustrophobe ? | | |
| Echelle de claustrophobie de 1 à 10 (1 : pas du tout, 10 : beaucoup) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| Présentez-vous un risque de grossesse ? | | |
| Avez-vous des allergies ? Si oui précisez : | | |

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer (notamment toute opération chirurgicale) et à nous informer de toute maladie

Consentement

Je soussigné(e) atteste avoir personnellement rempli cette fiche le et donné mon accord pour que l'examen soit réalisé selon le protocole médical nécessaire.

Date et signature :

Autorisation parentale

Je soussigné père/mère/tuteur de l'enfant :
....., autorise les médecins du service d'imagerie médicale à pratiquer chez mon enfant un examen IRM avec/sans produit de contraste.

La présence d'un des parents ou tuteur est obligatoire le jour de l'examen.

Date et signature :