

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 :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Pace-maker (Pile cardiaque)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Défibrillateur cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Valve cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Valve intracrânienne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Corps étranger métallique dans les yeux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Capteur de glycémie (ou pompe à insuline non débranchable?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Implant cochléaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Neurostimulateur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse Mammaire <u>de dilatation post-mastectomie?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Si oui à l'une de ces questions
Contactez- nous au :**

03 87 76 33 34

2. Informations

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Avez-vous déjà passé une IRM?
Date dernière IRM? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse et/ou matériel métallique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse auditive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Clips vasculaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Clips neurochirurgicaux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Éclats métalliques dans le corps? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Intervention chirurgicale de moins de 6 semaines? Laquelle? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Tatouage de moins d'un mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Avez-vous déjà subi une injection de produit de contraste à l'IRM? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Covid

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| → Ces dernières 48h, avez-vous ressenti l'un de ces symptômes? | | |
| → Toux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Difficulté respiratoire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Fièvre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Perte d'odorat ou de goût? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Diarrhée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Fatigue inhabituelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Avez-vous eu récemment un test Covid positif? Date ? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Êtes-vous cas contact? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Si oui à l'une des questions ci-dessus, contactez- nous au :</u>
<u>03 87 76 33 34</u> | | |
| → Avez-vous une vaccination Covid complète? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dernière injection le? <input type="text"/> | | |

4. Vos données personnelles de santé

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Je déclare avoir compris les informations qui m'ont été fournies concernant mes données personnelles de santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → 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, et je comprends que mon suivi médical pourrait être impacté si je n'accepte pas. | <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 :

TOURNEZ LA PAGE

Informations IRM A lire IMPERATIVEMENT

1. A Apporter pour l'examen INDISPENSABLE



- Demande d'examen
- Questionnaire rempli ENTIEREMENT
- 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

- **GESTES BARRIERES : 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 : Évitez 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 (fournies 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 événement 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, précisez-le à la secrétaire à votre arrivée.

<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 (embryogenèse). Prévenez-nous si vous êtes susceptible d'être enceinte.
- Risque de blessure ou à minima altération des images due 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'autre 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.