



QUESTIONNAIRE DE SECURITE – IRM

L'Imagerie par Résonnance Magnétique (**IRM**) utilise un champ magnétique intense. Des précautions particulières sont donc à respecter pour votre sécurité et la qualité de votre examen.

Ce formulaire doit être rempli avant votre arrivée au CHUV et remis le jour même.

NOM :	PRENOM :	
Date de naissance :	Taille : (cm)	Poids : (kg)

Indiquez si vous êtes porteur(-se) de :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Pacemaker/ défibrillateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implant cochléaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stimulateur (médullaire, cérébral, vésical, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pompe médicamenteuse (insuline, morphine, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capteur de glycémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareils auditifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèses dentaires amovibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valve de dérivation (DVP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patch transdermique (nicotine, contraceptif, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piercing – tatouage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maquillage permanent – Faux cils magnétiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres implants / prothèse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, lesquels : _____



Si vous répondez **OUI** à l'une des questions en rouge, veuillez nous contacter à l'adresse : rad.irm.secur@chuv.ch

Avez-vous déjà passé un examen IRM ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du cœur ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ? _____	
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du cerveau ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ? _____	
Etes-vous susceptible d'avoir reçu un éclat métallique dans l'œil ou ailleurs dans le corps ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? _____	
Etes-vous asthmatique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Présentez-vous une insuffisance rénale ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'un glaucome (hypertension de l'œil) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Si vous sentez le besoin d'être accompagné par **hypnose** lors de votre examen IRM, veuillez contacter cette adresse : rad.trm.hypnose@chuv.ch

Le patient* ou son représentant légal, thérapeutique :

DATE : _____

SIGNATURE : _____

*La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement

