



QUESTIONNAIRE DE SECURITE – IRM

L'Imagerie par Résonance 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

☐☐

Implant cochléaire

☐☐

Stimulateur (médullaire, cérébral, vésical, etc.)

☐☐

Êtes-vous enceinte ?

☐☐

Pompe médicamenteuse (insuline, morphine, etc.)

☐☐

Capteur de glycémie

☐☐

Appareils auditifs

☐☐

Prothèses dentaires amovibles

☐☐

Valve de dérivation (DVP)

☐☐

Patch transdermique (nicotine, contraceptif, etc.)

☐☐

Piercing – tatouage

☐☐

Maquillage permanent – Faux cils magnétiques

☐☐

Autres implants / prothèse

☐☐

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 ? _____		
Êtes-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



Août 2022

CIR101904

