

# IRM DE L'ORMEAU

10, chemin de l'Ormeau - 65000 TARBES

☎ 05 62 93 04 05 - 📠 05 62 93 99 80

🌐 [imageriemedicale@scanpy.com](mailto:imageriemedicale@scanpy.com)

Date de votre rendez-vous :

..... / ..... / .....

Heure du rendez-vous :

.....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Tél (portable de préférence) : .....

Taille : ..... Poids : ..... (130kg max)

Email : .....@.....

Vous êtes : Valide  En fauteuil  En lit/brancard

Médecin demandeur : .....

## CONTRE INDICATIONS ABSOLUES : Risque Vital

OUI NON

 RISQUE VITAL	<b>Etes-vous susceptible d'avoir déjà reçu des éclats métalliques ou de la limaille de fer dans les yeux (même s'il y a très longtemps, <b>MÊME RETIRÉ</b> par un ophtalmologue) ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Si OUI, un scanner des orbites devra être effectué avant l'IRM. Date du scanner : .....</i>			
	<b>Stimulateur cardiaque / Pace Maker</b>	<i>Si OUI, apportez <b>obligatoirement</b> le courrier du Cardiologue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Défibrillateur cardiaque	<i>Si OUI, apportez <b>obligatoirement</b> le courrier du Cardiologue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurostimulateur	<i>Si OUI, apportez <b>obligatoirement</b> le courrier du Neurologue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline, pompe à morphine...	<i>Si OUI, elle devra être débranchée avant l'examen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## CONTRE INDICATIONS RELATIVES

OUI NON

Renseignements obligatoires

Prothèse métallique endovasculaire (stents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, nombre de stents : ..... Date de pose : .....
Clip intra-cérébral ou carotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, type : ..... Date de pose : .....
Valve de dérivation ventriculo-péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, carte de référence <b>obligatoire</b>
Valve cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de pose : .....
Implant cochléaire (oreille interne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, type : ..... Date de pose : .....
Opération de la cataracte ou de la myopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de l'opération : .....
Implant oculaire autre que cataracte ou myopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, type : ..... Date de pose : .....
<b>Matériel</b> : prothèse articulaire, éclat d'obus ou de balle, tige, plaque, vis, agrafes, sutures ou mèches métalliques, expandeur mammaire, clips, autres...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez : Type : ..... Localisation : ..... Date de pose : .....
Bagues d'orthodontie / barre de contention orthodontique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de pose : .....
Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, est-il amovible ? ..... S'il ne l'est pas, date de pose : .....
Appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, est-il amovible ? .....
Etes-vous allergique ou avez-vous des antécédents allergiques (iode, médicaments, aliments, rhume des foins, œdème de Quincke, urticaire, asthme, autre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez : ..... <i>Une prémédication vous sera prescrite par nos services</i>
Claustrophobie (peur des espaces confinés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, vous allez gérer ? <input type="checkbox"/> Ou vous allez prendre un décontractant ? <input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, combien de semaines ? .....
Allaitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je soussigné, M, Mme, Mlle ..... certifie avoir pris connaissance des différentes contre-indications relatives à l'IRM et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire.

Date : .....

Signature obligatoire :

Cadre réservé au service :

Secrétaire réception questionnaire : .....

Secrétaire booking : ..... OK  FAUX

Manip de contrôle : ..... OK  FAUX

A JEUN

PRÉMÉDIQUÉ ALLERGIES

PROTOCOLE DONNÉ

RÉSULTATS BIOPSIE