

IRM DE L'ORMEAU

10, chemin de l'Ormeau - 65000 TARBES

☎ 05 62 93 04 05 - 📠 05 62 93 99 80

🌐 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	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, <u>MÊME RETIRÉ</u> par un ophtalmologue) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Si OUI, un scanner des orbites devra être effectué avant l'IRM. Date du scanner :</i>			
	Stimulateur cardiaque / Pace Maker	<i>Si OUI, apportez obligatoirement le courrier du Cardiologue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Défibrillateur cardiaque	<i>Si OUI, apportez obligatoirement le courrier du Cardiologue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurostimulateur	<i>Si OUI, apportez obligatoirement 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 obligatoire
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 :
Matériel : 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