

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 :	Email :@.....
Vous êtes : Valide <input type="checkbox"/> En fauteuil <input type="checkbox"/> En lit/brancard <input type="checkbox"/>	
Médecin demandeur :	

CONTRE INDICATIONS ABSOLUES : Risque Vital

OUI NON

 RISQUE VITAL	Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques dans les yeux ? (même s'il y a très longtemps, MÊME RETIRÉS par un ophtalmologue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stimulateur cardiaque / Pace Maker	Si OUI, apportez obligatoirement le courrier du Cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Défibrillateur cardiaque	Si OUI, apportez obligatoirement le courrier du Cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurostimulateur	Si OUI, apportez obligatoirement le courrier du Neurologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRE INDICATIONS RELATIVES

OUI NON

Renseignements obligatoires

Pompe à insuline, pompe à morphine...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI elle devra être débranchée avant l'examen
Freestyle libre (système d'autosurveillance de la glycémie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, prendre rendez-vous le jour du changement du capteur
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"/>	Carte de référence obligatoire (ou compte-rendu opératoire)
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 :
Implant oculaire autre que cataracte ou myopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carte de référence obligatoire (ou compte-rendu opératoire) 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 :
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 ?
Allaitiez-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 <input type="checkbox"/> FAUX <input type="checkbox"/>		
	Manip de contrôle : OK <input type="checkbox"/> FAUX <input type="checkbox"/>		
A JEUN <input type="checkbox"/>	PRÉMÉDIQUÉ ALLERGIES <input type="checkbox"/>	PROTOCOLE DONNÉ <input type="checkbox"/>	RÉSULTATS BIOPSIE <input type="checkbox"/>