



QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ IRM

Clinique Ormeau Centre – 10 Chemin de l'Ormeau – 65000 TARBES

Centre de Lourdes – 1 Rue du Petit Jer – 65100 LOURDES

☎ 05 62 93 04 05

✉ imageriemedicale@scanpy.com

DATE RENDEZ-VOUS :

.....

HEURE RENDEZ-VOUS :

.....

1- IDENTITÉ

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Taille : cm

Poids : kg

Mobilité : ☐ Valide

☐ Fauteuil roulant

☐ Brancard

2- ⚠ CONTRE-INDICATIONS MAJEURES

Si vous répondez OUI à l'une des questions suivantes, contactez impérativement le service avant votre rendez-vous.

Question	Oui	Non
Avez-vous déjà reçu un éclat métallique dans l'œil (même retiré) ? (si oui, un scanner des orbites devra obligatoirement être programmé avant l'IRM)	☐	☐
Portez-vous un pacemaker ou un stimulateur cardiaque ?	☐	☐
Portez-vous un défibrillateur cardiaque implantable ?	☐	☐
Portez-vous un neurostimulateur ?	☐	☐



3- IMPLANTS ET MATÉRIEL MÉTALLIQUE

Dispositif	Oui	Non	Si oui, précisions (localisation, date de pose)
Prothèse articulaire, plaque, vis, tige, agrafes, sutures ou mèches métalliques, clips chirurgicaux, stents, autres...	☐	☐	Type, localisation et date de pose :
Clip intracrânien ou carotidien	☐	☐	Type et date de pose :
Valve ventriculo-péritonéale	☐	☐	Carte de référence OBLIGATOIRE
Valve cardiaque ou holter implantable	☐	☐	Si oui : ☐ valve mécanique ☐ valve biologique Carte de référence OBLIGATOIRE
Implant cochléaire	☐	☐	Type et date de pose :
Implant oculaire autre que cataracte ou myopie	☐	☐	Carte de référence OBLIGATOIRE
Expandeur mammaire	☐	☐	Date de pose :
Pompe à insuline ou à morphine	☐	☐	Elle devra être débranchée le jour de l'examen
Capteur FreeStyle Libre	☐	☐	Prendre rendez-vous le jour du changement du capteur
Barre de contention orthodontique, bagues d'orthodontie, implants dentaires	☐	☐	Date de pose : Un délai de 48H est nécessaire entre la pose et l'IRM

4- QUESTIONS MÉDICALES

Question	Oui	Non	Si oui, précisions
Êtes-vous allergique au gadolinium ?	☐	☐	Quel type de réaction :
Avez-vous d'autres allergies ou de l'asthme ?	☐	☐	Précisez :
Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?	☐	☐	De combien de semaines :
Allaitiez-vous ?	☐	☐	
Êtes-vous claustrophobe ?	☐	☐	☐ Je pense pouvoir réaliser l'examen. ☐ Un traitement anxiolytique m'a été prescrit. ☐ Je souhaite bénéficier d'une séance d'hypnose virtuelle (possible uniquement sur le site de Tarbes)

5- CONSENTEMENT

Je soussigné, certifie que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont exacts.
J'ai été informé(e) de manière claire du déroulement de l'IRM, de ses bénéfices, de ses limites ainsi que des risques éventuels.
Je donne mon consentement et autorise la réalisation de cet examen.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE :

☐ À jeun

☐ Prémédication

☐ Résultat biologique

☐ Carte d'implant vérifiée