



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Hôpital Marie Lannelongue  
133 avenue de la Résistance  
92350 Le Plessis-Robinson

### QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT TOUT EXAMEN IRM

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IPP HML :

Poids : .....kg    Taille : .....m.....cm

Avez-vous déjà passé une IRM :     Oui     Non

→ Etes-vous porteur d'un **pacemaker** ou **défibrillateur cardiaque** ?     Oui     Non

Si oui : Merci de prévenir le service d'Imagerie Médicale ([irmhml@ghpsj.fr](mailto:irmhml@ghpsj.fr)) et de vous munir obligatoirement de la référence du dispositif médical pour l'examen.

→ Avez-vous du **métal** dans la tête (opération/clips chirurgicaux/intra cérébraux...) ?     Oui     Non

→ Avez-vous reçu des éclats **métalliques**, plomb ou morceaux de métaux dans les yeux ?  Oui     Non

☞ Si vous avez coché « OUI » à l'une des questions ci-dessus, merci de le signaler dès votre arrivée à l'accueil du service d'Imagerie Médicale.

Etes-vous porteur d'un matériel médical :

Valve cardiaque     Oui     Non

Si oui : Merci de prévenir le service d'Imagerie Médicale et de vous munir obligatoirement de la référence pour l'examen.

Neurostimulateur ou fils implantés     Oui     Non

Valve de dérivation ventriculo-péritonéale     Oui     Non

Pompe à insuline ou port-à-cath avec aiguille     Oui     Non

Clips chirurgicaux (aortiques, stents...)     Oui     Non

Implant cochléaire (oreille interne)     Oui     Non

Prothèse articulaire (broches, clous, tiges ...)     Oui     Non

Quelle articulation et la date de pose ?.....

Avez-vous une insuffisance rénale suivie par un néphrologue/ êtes-vous dialysé ?     Oui     Non

Etes-vous susceptible d'être enceinte ?     Oui     Non

Etes-vous porteur d'un **dispositif de surveillance de la glycémie, type patch freestyle** ?     Oui     Non

(Si « oui » prévoir de le retirer pour passer votre IRM)

Etes-vous porteur d'une **pompe externe à insuline ou vasodilatateur** ?     Oui     Non

Avez-vous un appareil auditif ou dentaire, patchs (nicotine, morphine, contraceptif)     Oui     Non

Avez-vous une allergie au Gadolinium avérée ?     Oui     Non

Si oui, préciser à quel produit gadoliné vous êtes allergique : .....

Le jour de l'examen : merci de venir avec le questionnaire complété et de retirer tout objet métallique (bijoux, appareils auditif et/ou dentaire) lors de votre entrée dans la salle de l'IRM.

Date du jour :

Signature :