

FAIT LE :

RENDEZ-VOUS LE :

CENTRE HAVRAIS D'IMAGERIE MEDICALE I.R.M.

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **Age :** _____ **SEXE :** M F

Poids : _____ **Taille :** _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Tél. : _____ **Ou :** _____

Médecin demandeur : _____ **Radiologue :** _____

A REMPLIR IMPERATIVEMENT :

OUI	NON	ÊTES-VOUS PORTEUR :
		D'un stimulateur cardiaque (pacemaker, pile)
		Avez-vous déjà été opéré du cœur ou des vaisseaux ? (Stents, ombrelle cave, valve cardiaque, anévrisme) Si oui, apporter le compte-rendu opératoire
		D'éclats métalliques dans les yeux <u>même anciens</u> (soudure, meulage...)
		D'une prothèse (hanche, genou...) Si oui, en quelle année ?
		D'un neurostimulateur ou d'une chambre implantable
		De broche osseuse (plaques, vis...) Si oui, en quelle année ?
		D'implant sur l'œil ou l'oreille (sauf cataracte)
		Avez-vous une insuffisance rénale sévère ?
		Etes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?
		Etes-vous allergique et/ou asthmatique ?
		Etes-vous claustrophobe ?

Vos antécédents chirurgicaux :

Le jour de l'examen : Ne pas se maquiller (pour IRM crâne), ni mettre de lotion corporelle, enlever tous vos bijoux, ainsi que les piercings, ne pas mettre de lentilles.

Veillez apporter vos anciens examens et votre carte vitale.

Il vous sera demandé un règlement de 56,50 euros ou de 70.50 euros qui sera remboursé par la Sécurité Sociale et la mutuelle.

Je soussigné (e) M..... certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complètement, avant la réalisation de l'examen IRM.

Date :

Signature :