

IDENTIFICATION PATIENT

Nom / Prénom:
Date de naissance :
Adresse:
Tél.:
Poids:

REGION A EXPLORER

REPONDEZ ATTENTIVEMENT AUX QUESTIONS SUIVANTES

CONTRE-INDICATIONS IRM

	OUI	si oui date/type	NON
Pace maker/Défibrillateur cardiaque implantable			
Valves Cardiaques**			
Antécédent d'intervention intracrânienne			
Clips Neurochirurgicaux**			
Corps étrangers métalliques (œil)			
Valves de dérivation**			
Clips Vasculaires / Filtre Cave**			
Endoprothèse type STENT			
Neurostimulateur**			
Pompe implantable (insuline)			
Grossesse en cours ou Allaitement			
Prothèse orthopédique			
Localisation :			
Prothèse auditive (implant cochléaire)			
Travailleur de métaux/éclat d'obus/piercing			
Claustrophobie			
Allergies			
Date des éventuelles interventions :			

Je soussignée M., Mme, Mlle..... certifie avoir pris connaissance des contre-indications relatives à un examen par Résonance Magnétique.

Fait à.....le.....Signature du patient :

**Fournir la lettre du chirurgien assurant la compatibilité avec un examen IRM