

## FORMULAIRE DE SECURITE AVANT UN EXAMEN PAR RESONANCE MAGNETIQUE, IRM.

**LE CHAMP MAGNETIQUE EST ACTIF EN PERMANENCE !**



L'IRM utilise un champ magnétique intense, des précautions particulières sont à respecter avant de pénétrer dans la salle aimant. Par conséquent nous vous demandons de remplir attentivement ce formulaire.

ETIQUETTE



Eléments implantés sensibles aux interférences électromagnétiques:  
Stimulateur cardiaque, défibrillateur, aide auditive, pompe à insuline, doseur de médicament etc...

**POIDS:** \_\_\_\_\_

**TAILLE:** \_\_\_\_\_

- 1 Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale cardiaque si oui, laquelle? oui  non
- \_\_\_\_\_
- 2 Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du cerveau. si oui, laquelle? oui  non
- \_\_\_\_\_
- 3 Etes-vous susceptibles d'avoir reçu un éclat métallique dans l'oeil? oui  non
- 4 Etes-vous susceptibles d'avoir reçu un éclat métallique dans le corps?( éclats d'obus, munitions...) oui  non
- 5 Etes-vous enceinte? oui  non
- 6 Avez-vous un terrain allergique connu? si oui, lequel? oui  non
- \_\_\_\_\_
- 7 Etes-vous insuffisant respiratoire? oui  non
- 8 Etes-vous insuffisant renale? oui  non
- 9 Souffrez vous d'un glaucome? oui  non

**Indiquez si vous avez:**

- |  | oui                      | non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Pace maker (pile cardiaque)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implants cochléaire                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurostimulateur                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pompe à insuline                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse auditive                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse dentaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres implants ou prothèses : si oui, lesquels: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Oter tous objets métalliques avant d'entrer dans la salle d'examen, y compris Beeper, téléphone cellulaire, piercing, montre, bijoux, pinces à cheveux, clefs, monnaies, carte magnétique etc...

**Patient\* ou son représentant légal, thérapeutique**

NOM : \_\_\_\_\_

Date et signature

