

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TAILLE : POIDS :

4 Bis, Rue Châtillon - 57000 METZ
03 87 76 33 34
questionnaire@imagerie-saint-thiebault.fr

<https://imagerie-saint-thiebault.fr>



1. Cas particuliers

Êtes-vous porteur de :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Pace-maker (Pile cardiaque)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Défibrillateur cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Valve cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Valve intracrânienne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Corps étranger métallique dans les yeux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Capteur de glycémie (ou pompe à insuline non débranchable?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Implant cochléaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Neurostimulateur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse mammaire de dilatation post-mastectomie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous êtes une femme :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| → Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|



Si vous répondez oui à l'une des questions de ce cadre
Contactez nous : 03 87 76 33 34

Questionnaire IRM

À amener
le jour
de l'examen

3. En cas d'injection

Dans certains cas précis, une injection peut vous être proposée :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| → Avez-vous déjà subi une injection de produit de contraste à l'IRM? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Celle-ci s'est-elle bien passée ? Si non, quel a été le problème ?
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Tout refus d'une injection proposée devra nous être notifiée oralement et sera noté dans votre dossier médical | | |

4. Vos données personnelles

- Le déroulement de votre examen et la tenue de votre suivi médical nécessite le traitement de données à caractère personnel. Vous devez consentir à ce traitement après avoir pris connaissance des informations et droits disponibles en 2ème page.
- En signant le présent document, vous reconnaissez avoir pris pleinement connaissance des informations relatives au traitement de vos données à caractère personnel, de vos droits, et y consentir expressément et sans réserve.

2. Informations

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → Avez-vous déjà passé une IRM?
Date approximative : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse et/ou matériel métallique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse auditive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Prothèse dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Clips vasculaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Clips neurochirurgicaux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Éclats métalliques dans le corps? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Intervention chirurgicale de moins de 6 semaines?
Si oui, laquelle? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Tatouage de moins d'un mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous êtes une femme en âge de procréer :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| → Avez-vous un moyen de contraception ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → Date dernières règles ? <input type="text"/> | | |

En signant, je certifie avoir répondu exactement aux questions posées, avoir compris les informations en page 2 (Verso).

Date :

Signature :

TOURNEZ LA PAGE



1. A apporter pour l'examen **INDISPENSABLE**



- Demande d'examen
- Questionnaire rempli **ENTIEREMENT**
- Les anciens examens d'imagerie en rapport avec votre pathologie
- Le produit de contraste (s'il vous a été prescrit)



- Carte vitale à jour, papiers administratifs (Documents d'identité, CMU, AME, AT...)
- Un moyen de paiement (privilégier Chèques ou carte bancaire)
- **Aucun accompagnant ne sera autorisé, sauf nécessité.**

2. Déroulement de l'examen

- **CHAMP MAGNETIQUE INTENSE** : **Évitez tout élément métallique ou électronique sur vous** (dans la mesure du possible), pas de maquillage, bijoux, perruque ou vêtements contenant du métal (nous vous conseillons d'amener un t-shirt et un pantalon sans métal).
- L'examen dure entre 10 et 40 minutes, allongé, l'appareil reste ouvert de chaque côté.
- Nous pouvons vous parler et vous voir. Vous aurez une alarme dans la main pour nous appeler en cas de besoin.
- L'examen étant bruyant, vous serez équipé obligatoirement d'un casque pour atténuer le bruit (fourni sur place).
- Votre coopération est primordiale, il ne faut absolument pas bouger durant l'examen.
- Selon l'examen, une injection de produit de contraste est nécessaire pour un meilleur diagnostic : acte courant et indolore, la quantité adaptée vous sera administrée, elle est très bien tolérée dans l'immense majorité des cas.
- Indiquez nous toute information qui vous semble utile, et n'hésitez pas à nous faire part de vos questions, ou à nous signaler tout événement qui vous semble anormal.
- Nous vous donnons votre dossier à l'issue de l'examen (CD et support papier). Pour limiter votre attente, vous pouvez récupérer votre compte-rendu sur internet avec vos identifiants, précisez-le à la secrétaire à votre arrivée.

<https://imagerie-saint-thiebault.fr>

Informations **IRM**

**À lire
attentivement**

3. Principaux risques

Utilisation d'un champ magnétique intense :

- Lors des 3 premiers mois de grossesse, l'IRM est contre-indiquée (embryogenèse). Prévenez-nous si vous êtes susceptible d'être enceinte.
- Risque de blessure ou à minima altération des images due à la perturbation du champ magnétique (projections d'objets magnétiques dans d'IRM), effacement des données / perturbation / destruction des appareils électroniques ou cartes magnétiques...

Utilisation d'ondes de radiofréquence :

- **Régulièrement** : échauffement corporel (effet inhérent à la technique IRM), limité au minimum et surveillé lors de l'examen.
- **Rarement** : échauffements cutanés voire petite brûlure au niveau des points de contact, petites réactions nerveuses des membres (fourmillements...) sans conséquence.

Injection de produit de contraste gadoliné :

- **Régulièrement** : hématome au point de ponction.
- **Très rarement** : Nausées, allergie modérée (rougeurs, boutons), extravasation.
- **Exceptionnel** : Réaction importante pouvant nécessiter un traitement d'urgence ou une hospitalisation.

Afin de réduire ces risques, veuillez compléter attentivement le questionnaire fourni.

4. Vos données personnelles

- Nous sommes tenus légalement de conserver certaines de vos données sur nos serveurs sécurisés : Administratives, civiles, documents de santé, images... Vous disposez d'un droit d'accès à celles-ci.
- **Nous ne communiquons aucune de vos données, sauf au(x) médecin(x) intervenant dans votre parcours de soins et uniquement dans ce contexte** : envoi de votre compte-rendu par messagerie cryptée sécurisée (Apicrypt).
- Toutes les informations concernant le traitement de vos données personnelles sur notre site web rubrique RGPD.

