



# Fiche de Renseignements I.R.M.

<b>INFORMATION PATIENT ou Etiquette</b>	
Nom : .....	Service / UF (si hospitalisé) : ..... / .....
Prénom : .....	Taille (cm) / Poids (Kg) : ..... / .....
Date de Naissance : .....	

(Cocher les cases)

<b>DMIA (Dispositif Médical Implantable Actif)</b> > tout implant dont le fonctionnement dépend d'une source d'énergie particulière : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> moniteur – stimulateur - défibrillateur cardiaque, <input type="checkbox"/> stimulateur cérébral, <input type="checkbox"/> stimulateur médullaire, <input type="checkbox"/> stimulateur autre, <input type="checkbox"/> Pompe à Baclofène, <input type="checkbox"/> Pompe à Insuline, <input type="checkbox"/> Dispositif Freestyle Libre Glycémie, <input type="checkbox"/> implant cochléaire, <input type="checkbox"/> Appareil auditif, <input type="checkbox"/> Autre dispositif électronique : .....
<b>DMIP (Dispositif Médical Implantable Passif)</b> > tout implant sans source d'énergie particulière ou sans électronique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Valve cérébrale, <input type="checkbox"/> Valve cardiaque, <input type="checkbox"/> stent cérébral, <input type="checkbox"/> stent cardiaque, <input type="checkbox"/> stent vasculaire, <input type="checkbox"/> endoprothèse vasculaire, <input type="checkbox"/> endoprothèse trachéo-bronchique, <input type="checkbox"/> clip chirurgical, <input type="checkbox"/> corps étranger intraoculaire, <input type="checkbox"/> implant intraoculaire, <input type="checkbox"/> prothèse articulaire ou d'ostéosynthèse, <input type="checkbox"/> coil - filtre, <input type="checkbox"/> Anneau gastrique, <input type="checkbox"/> matériel d'orthodontie, <input type="checkbox"/> autre dispositif : .....
DMIA / DMIP > Les <b>références du dispositif sont obligatoires</b> pour s'assurer de la compatibilité IRM du dispositif. (date d'implantation / Service -ville / Marque / Nom – référence / Prise en charge spécifique si connue)
..... ..... ..... .....

(Cocher les cases)

<b>Grossesse en cours ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Allaitement ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
<input type="checkbox"/> <b>Allergie Produit de contraste IRM</b>	<input type="checkbox"/> Allergies diverses	<input type="checkbox"/> Asthme ancien	<input type="checkbox"/> Asthme actuel			
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Bêtabloquants	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Patch	<input type="checkbox"/> Tatouage	<input type="checkbox"/> Piercing
<b>Patient en précautions complémentaires d'hygiène/risque :</b>		<input type="checkbox"/> Protection infection	<input type="checkbox"/> Protection Injection			
<b>Insuffisance rénale ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
> Clairance créatinine ..... du .....						
<input type="checkbox"/> Valide	<input type="checkbox"/> Non Valide	<input type="checkbox"/> Claustrophobe	<input type="checkbox"/> Examen sous AG			
Autres informations utiles : .....						
.....						

<b>Risque COVID-19 :</b>
- Etes-vous, ce jour, positif à la COVID-19 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON date d'apparition des symptômes ou test + : .....
- Avez-vous, ce jour, des symptômes évocateurs de la COVID-19 (cf liste) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

Date : .....

Signature du patient ou représentant légal

**Impossibilité d'obtenir les informations du patient. (Réservé personnel IRMAS)**