



# Fiche de Renseignements I.R.M.

## INFORMATION PATIENT ou Etiquette

Nom : .....

Service / UF (si hospitalisé) : ..... / .....

Prénom : .....

Taille (cm) / Poids (Kg) : ..... / .....

Date de Naissance : .....

(Cocher les cases)

### DMIA (Dispositif Médical Implantable Actif)

> tout implant dont le fonctionnement dépend d'une source d'énergie particulière :  OUI  NON

- moniteur – stimulateur - défibrillateur cardiaque,  stimulateur cérébral,  stimulateur médullaire,  stimulateur autre,  
 Pompe à Baclofène,  Pompe à Insuline,  Dispositif Freestyle Libre Glycémie,  implant cochléaire,  Appareil auditif,  
 Autre dispositif électronique : .....

### DMIP (Dispositif Médical Implantable Passif)

> tout implant sans source d'énergie particulière ou sans électronique :  OUI  NON

- Valve cérébrale,  Valve cardiaque,  stent cérébral,  stent cardiaque,  stent vasculaire,  endoprothèse vasculaire,  
 endoprothèse trachéo-bronchique,  clip chirurgical,  corps étranger intraoculaire,  implant intraoculaire,  prothèse  
articulaire ou d'ostéosynthèse,  coil - filtre,  Anneau gastrique,  matériel d'orthodontie,  
 autre dispositif : .....

DMIA / DMIP > Les **références du dispositif sont obligatoires** 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)

Grossesse en cours ?  OUI  NON

Allaitement ?  OUI  NON

Allergie Produit de contraste IRM  Allergies diverses  Asthme ancien  Asthme actuel

Diabète  Bêtabloquants  HTA  Epilepsie  Patch  Tatouage  Piercing

Patient en précautions complémentaires d'hygiène/risque :  Protection infection  Protection Injection

Insuffisance rénale ?  OUI  NON

> Clairance créatinine ..... du .....

Valide  Non Valide  Claustrophobe  Examen sous AG

Autres informations utiles : .....

### Risque COVID-19 :

- Etes-vous, ce jour, positif à la COVID-19 ?  OUI  NON date d'apparition des symptômes ou test + : .....
- Avez-vous, ce jour, des symptômes évocateurs de la COVID-19 (cf liste) ?  OUI  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)