



IRM - ANTIBES

3T - 1.5T

Tél. : 04 97 24 80 18

ETIQUETTE PATIENT(E)

NOM :

PRENOM :

- Portez-vous un pacemaker, une pile cardiaque, un défibrillateur ? oui non
- Avez-vous des éclats métalliques au niveau du crâne ? oui non
(même retirés ; métier à risque : soudeur, mécanicien...)
- Avez-vous des clips intracrâniens ? oui non
- Etes-vous claustrophobe ? oui non
- Madame, êtes-vous susceptible d'être enceinte ? oui non
- Avez-vous subi une intervention il y a moins de 2 mois ? oui non

Si oui, type d'intervention, matériel implanté et date :

•Etes-vous porteur(se) de prothèses métalliques :

- Prothèses auditives Appareil de stimulation (vessie, cœur, nerfs)
- Matériel dentaire amovible Matériel orthopédique (plaques, clous, vis)
- Orthodontie

•D'implants :

- Oculaires Péniens Pompe à insuline
- Cochléaires Mammaires DVI, cathéter

•De matériel dans les artères, les veines coronaires :

- Stents Filtre veine cave

Si oui, date d'intervention et référence :

•D'une valve cardiaque ? oui non

Si oui, type de valve et référence :

- D'une valve de dérivation ventriculaire ? oui non
- De matériel d'acupuncture ? oui non
- D'un patch (hormonal, anti-douleur, anti-tabac, morphinique) ? oui non
- D'un tatouage ? oui non

•Votre examen peut nécessiter une injection intra-veineuse :

- Donnez-vous votre accord ? oui non
- Etes-vous insuffisant(e) rénal(e) ? oui non
- Avez-vous des allergies (alimentaires, médicaments, asthme) ? oui non
- Madame, allaitez-vous ? oui non
- Etes-vous atteint(e) d'une maladie virale et/ou infectieuse ? oui non

Si oui, laquelle ?

•Votre poids : Votre taille :

Signalez toute réponse positive à la secrétaire.

Nous vous rappelons que tout bijou ou piercing est à enlever avant le début de l'examen, pour son bon déroulement.