



Hôpital Henri Duffaut
305, rue Raoul Follereau
84000 AVIGNON

Téléphone : 04.90.16.06.16 – Fax : 04.90.16.34.04 – Mail : contact@irmdurance.com
www.irmdurance.com

NOM :

PRENOM :

TAILLE :

POIDS :

Avant votre examen IRM, répondez attentivement aux questions suivantes :

- **Avez-vous une pile cardiaque (pacemaker) ?** oui non
- Avez-vous été opéré du cœur pour une valve cardiaque ? oui non
- Avez-vous subi une opération du cerveau ? oui non
- Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques (éclats métalliques, balles, éclats d'obus...), même il y a longtemps, notamment près des yeux ? oui non
- Avez-vous un appareillage (dentaire ou auditif) ou une prothèse amovible ? oui non

Si OUI, L'ENLEVER impérativement en cabine.

- Etes-vous claustrophobe ? oui non
- **Pour les femmes** : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? oui non
- Allaitez-vous ? oui non

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer (notamment toute opération chirurgicale) et à **nous informer de toute maladie sérieuse.**

.....
.....

Pendant l'examen :

Suivez attentivement les indications qui vous seront données ; votre coopération est essentielle pour que les images ne soient pas floues,
Si vous ressentez une douleur lors de l'injection, il faut la signaler immédiatement.

Je soussigné, Mme, Melle, Mavoir personnellement rempli cette fiche et donné mon accord pour que l'examen soit réalisé le

Signature du patient