

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) utilise un champ magnétique intense. Des précautions particulières sont donc à respecter pour votre sécurité et la qualité de votre examen.

Ce formulaire doit être rempli avant votre arrivée au CHUV et remis le jour même.

NOM : xxxxxxxxxxxxxxxx	PRENOM : xxxxxxxxxxxx	IPP: 1231234
Date de naissance : 21.07.2222	Taille : (cm)	Poids : (kg)

Indiquez si vous êtes porteur de : OUI NON

Pacemaker/ défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant cochléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulateur (médullaire, cérébral, vésical, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe médicamenteuse (insuline, morphine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capteur de glycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valve de dérivation (DVP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si vous cochez **OUI** à l'une de ces questions, veuillez nous contacter à l'adresse : rad.irm.secur@chuv.ch

Prothèses dentaires amovibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patch transdermique (nicotine, contraceptif, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercing - tatouage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maquillage permanent, faux cils magnétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres implants / prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ? : _____		

Avez-vous déjà passé un examen IRM ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du cœur ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du cerveau ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous susceptible d'avoir reçu un éclat métallique dans l'œil ou ailleurs dans le corps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous asthmatique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Présentez-vous une insuffisance rénale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'un glaucome (hypertension de l'œil) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si vous sentez le besoin d'être accompagné par **hypnose** lors de votre examen IRM, veuillez contacter cette adresse : rad.trm.hypnose@chuv.ch pour agender un rendez-vous au CHUV le mardi ou le jeudi.

Le patient* ou son représentant légal, thérapeutique : (La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement)

DATE:		Signature du patient :	
TRM:		Signature du TRM :	

Août 2022



323120216



AMT0582