

 Qualité et Sécurité (M)	IRM - Questionnaire à compléter par le patient	Référence	QSMEUSE-FORM-1274	Adressogramme
		Version	04	
		Appliqué le	25 Feb 2026	
		Expiré le	25 Feb 2029	

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance ____/____/____

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Avant l'examen, merci de répondre attentivement aux questions qui suivent :

Matériels chirurgicaux et médicaux

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un PACEMAKER (= pile au cœur) / DÉFIBRILLATEUR ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un NEUROSTIMULATEUR ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous des CLIPS ANÉVRYSMES ou VALVE DE DÉRIVATION au niveau de la tête et/ou du cerveau ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, de quand datent-ils ? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'une VALVE CARDIAQUE ARTIFICIELLE ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, quand a-t-elle été implantée ? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un STENT ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, quand a-t-il été implanté ? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un CAPTEUR DE GLYCÉMIE / POMPE À INSULINE ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un PATCH MÉDICAMENTEUX ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un IMPLANT COCHLÉAIRE (au niveau de l'oreille) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un IMPLANT OCULAIRE métallique (au niveau des yeux) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'une PROTHÈSE DENTAIRE OU AUDITIVE ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d'un APPAREILLAGE ou d'une PROTHÈSE quelconque ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, entourez le ou les éléments concernés :
Prothèse articulaire, Anneau gastrique, Clips chirurgicaux, Holter, Autre | | |

Divers

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous à risque d'une GROSSESSE ou d' ALLAITEMENT ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous porteur d' ÉCLATS MÉTALLIQUES , notamment au niveau des yeux ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous atteint d' INSUFFISANCE RÉNALE ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà réalisé une IRM (Résonance Magnétique) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Quel est votre POIDS ? _____ kg | | Quelle est votre TAILLE ? _____ cm |

Date et Signature du/de la patient(e)