

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Taille :                      Poids :

**Veillez remplir scrupuleusement ce questionnaire**

**POLE MEDICO-TECHNIQUE**

**IMAGERIE MEDICALE**

Radiographie  
Echographie  
Scanner  
Mammographie  
IRM

Secrétariat  
Tél : 03.88.54.11.21  
Fax : 03.88.54.11.61  
radiologie@ch-wissembourg.fr

**Chef de Service :**  
Dr Alin MODREANU

**Praticiens :**  
Dr Nadia NASTE  
Dr Christine TUCHMANN

**Assistant :**  
Dr Florian LUCAS

**Cadre de Pôle :**  
Alexandra ALLHEILLY

**Cadre de Santé :**  
Véronique WATHLE

<b>Contre-indication</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Etes-vous porteur d'un pacemaker (pile cardiaque) ?		
Avez-vous subi une opération du cœur ou êtes-vous porteur d'une valve cardiaque ?		
Etes-vous porteur d'un stent, d'un filtre cave ?		
Avez-vous été opéré du cerveau : clips, implant, valve ?		
Etes-vous porteur d'un neurostimulateur ?		
Avez-vous été opéré il y a moins de 6 semaines ?		
Avez-vous un risque d'éclats métalliques dans les yeux ? Projectiles métalliques, éclats		
Avez-vous un patch collé sur la peau ?		
Etes-vous diabétique ?		
Si oui, êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ou d'un glucomètre Freestyle ?		
Etes-vous porteur d'un appareil auditif ?		
Etes-vous porteur d'un appareil/prothèse dentaire ?		
Etes-vous porteur d'une prothèse orthopédique ?		
Avez-vous des tatouages et/ou piercings ?		
Etes-vous claustrophobe ?		
Echelle de claustrophobie de 1 à 10 (1 : pas du tout, 10 : beaucoup)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Présentez-vous un risque de grossesse ?		
Avez-vous des allergies ? Si oui précisez : .....		

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

**En cas de contre-indication majeure, l'examen IRM ne pourra être réalisé.**

**Ce questionnaire sera à apporter le jour de l'examen ainsi que l'ordonnance originale.**

### Consentement

Je soussigné(e) ..... atteste avoir personnellement rempli cette fiche le ..... et donné mon accord pour que l'examen soit réalisé selon le protocole médical nécessaire.

**Date et signature :**

### Autorisation parentale

Je soussigné ..... père/mère/tuteur de l'enfant :  
....., autorise les médecins du service d'imagerie médicale à pratiquer chez mon enfant un examen IRM avec/sans produit de contraste.

La présence d'un des parents ou tuteur est obligatoire le jour de l'examen.

**Date et signature :**