

FICHE D'INFORMATION DU PATIENT : IRM

Cet examen sera pratiqué avec votre consentement.

Pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises : il est important de le signaler si vous êtes dans ce cas.

Il est demandé de ne pas utiliser de produits cosmétiques le jour de l'examen (crème de corps, maquillage...)

➤ **Le déroulement de l'examen :**

Vous êtes allongés sur un lit qui se déplace dans un tunnel court, éclairé, ventilé, le plus souvent sur le dos et seul dans la salle d'examen ; nous pourrions communiquer avec vous grâce à un micro et "une poire d'appel". L'équipe se trouve tout près de vous derrière une vitre. Elle vous voit et vous entend pendant tout l'examen. Si cela était nécessaire, elle peut intervenir à tout instant.

Votre coopération est importante : vous devez essayer de rester immobile ; dans certains cas nous vous dirons quand il faut arrêter de respirer pour quelques secondes.

Vous resterez en moyenne 20 min dans la salle de scanner.

Certains examens nécessitent une injection intraveineuse, de boire une boisson ou d'avoir un lavement. Cette préparation sera réalisée avant de vous installer sur la table d'IRM, ou sur le lit d'examen.

✓ **Que ressentirez-vous ?**

Le produit de contraste, en cas de nécessité, choisi par votre radiologue n'entraînera aucune douleur.

Il sera, dans la majorité des cas, injecté en intraveineux au travers d'une perfusion préalablement posée, ou d'un raccord.

N'hésitez pas à faire part à l'équipe de toutes sensations susceptibles de vous inquiéter.

Nous sommes là pour vous rassurer.

✓ **Risques liés à l'injection :**

Toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximale, comporte un risque de complication.

La piqûre peut provoquer la formation d'un petit hématome sans gravité qui se résorbera spontanément en quelques jours, voire une inflammation de la veine utilisée (veinite).

Il peut se produire une fuite du produit sous la peau qui peut nécessiter exceptionnellement un traitement local (dans moins de 1% des cas).

L'injection de produit de contraste (gadolinium) peut entraîner une réaction d'intolérance : ces réactions sont imprévisibles, plus fréquentes chez des patients ayant déjà eu une injection mal tolérée d'un de ces produits ou des antécédents allergiques (**ils sont généralement transitoires et sans gravité**). Ils peuvent être plus sévères et se traduire par des troubles cardiorespiratoires nécessitant un traitement et une prise en charge.

Des complications gravissimes sont rarissimes.

Certains accidents rénaux sont possibles, notamment chez les patients ayant une insuffisance rénale connue avec développement possible d'une fibrose néphrogénique systémique.

Vous devez le signaler au moment de l'examen.

A COMPLÉTER ET A RAMENER LE JOUR DE L'EXAMEN



NOM - PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE:

POIDS :

SI VOUS PESEZ PLUS DE 110kg: merci de nous appeler afin d'orienter votre examen sur la bonne machine

Appareil dentaire/ orthodontique / auditif
Prévoyez JUSTE de les enlever avant l'examen

Avez-vous une insuffisance rénale connue?
Portez votre dernière prise de sang

OUI

NON

Prenez-vous de Bêtabloquants?

OUI

NON

Êtes-vous claustrophobe? *En cas de claustrophobie, merci de vous orienter vers votre médecin traitant qui vous donnera de quoi être plus détendu*

OUI

NON

Portez-vous du matériel orthopédique? *prothèse hanche, prothèse genou, plaque, vis etc...*
Si oui il a été posé en quelle année:
.....

OUI

NON

Portez-vous des lentilles de contact?
Pour les examens de la tête, prévoyez JUSTE de les retirer

OUI

NON

Mesdames, allaitez-vous votre enfant ?

OUI

NON

Avez-vous déjà eu une IRM injectée?
Avez-vous eu une réaction?

OUI

NON

OUI

NON

Si oui, laquelle?.....

Existe-t-il un risque d'avoir reçu des éclats métalliques anciens ou récents dans le corps/les yeux? *(Pour travailleur des métaux etc...)*
Si OUI prévoyez une radiographie de contrôle avant votre rendez-vous

OUI

NON

Avez-vous eu une chirurgie du crâne, des oreilles ou des yeux?

OUI

NON

Si OUI, en quelle année ? Quelle référence ?
Merci de porter votre carte d'implantation

Réf:

SI VOUS RÉPONDEZ "OUI" A UNE QUESTION CI DESSOUS MERCI DE NOUS APPELER AU 05.53.66.50.00

Avez-vous eu une chirurgie des vaisseaux, du cœur
(stent, valve, PACEMAKER, clips vasculaires ...)?
Si OUI: en quelle année ? Quelle référence ?
Merci de porter votre carte d'implantation

OUI

NON

Réf:

Portez-vous: Pompe à insuline ou Neurostimulateur ou FreeStyle ou Autres ?
Si OUI, en quelle année ? Quelle référence ?
Merci de porter votre carte d'implantation

OUI

NON

Réf:

Avez vous eu une intervention chirurgicale datant de moins de 6 semaines?

OUI

NON

Réf:

Mesdames: Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être?
Avez-vous un retard de règles ?

OUI

NON

Date :

Signature du patient :