



## VOUS ALLEZ PASSER UNE IRM

**Important**, merci d'apporter le jour de l'examen :

1. La demande de votre médecin (ordonnance, lettre, ...) impérativement
2. La liste écrite des médicaments que vous prenez
3. Le dossier radiologique en votre possession (radiographies, échographies, scanners et IRM)
4. Les résultats de votre dernière prise de sang
5. Le cas échéant, le produit de contraste prescrit

Sauf cas particulier, les résultats de votre examen seront prêts dans les **48 à 72 heures**.

Mme Mlle Mr

NOM :

PRÉNOM :

AGE :                      ans

POIDS :                    kg

TAILLE :                    m

Merci d'indiquer les raisons et symptômes qui motivent la prescription de cet examen :

Avez-vous des antécédents au niveau de la région que nous allons explorer (traumatisme, chirurgie, ...) ?

Si **OUI**, lesquelles et à quelle date ?

Antécédents	Dates





Merci de lire attentivement et de remplir ce document destiné à vous donner des informations et nous communiquer les renseignements nécessaires au bon déroulement de l'examen.

## Le déroulement de l'examen

Cet appareil permet de faire des images du corps humain.

Les renseignements apportés par cet examen sont très souvent déterminants pour porter un diagnostic.

Pour permettre d'obtenir des images de bonne qualité, nous vous indiquerons les vêtements que vous devrez enlever. Vous ne garderez aucun bouton, agrafe, barrette de cheveux ou fermeture éclair métallique. Vous laisserez au vestiaire fermé vos bijoux, montre, clefs, porte-monnaie, cartes à bande magnétique (cartes de crédit, de transport...) et votre téléphone portable.

L'examen dure en moyenne 10 à 30 minutes. Votre coopération est importante : vous devez essayer de rester parfaitement immobile. Vous entendrez un bruit répétitif pendant les acquisitions.

Certains examens nécessitent, selon les cas, une injection intraveineuse, le plus souvent au pli du coude.

L'injection est un acte courant, habituellement très bien toléré. Cependant, réactions peuvent survenir :

- La piqûre peut provoquer la formation d'un petit hématome sans gravité, qui se résorbera spontanément en quelques jours. Lors de l'injection, sous l'effet de la pression, il peut se produire une fuite du produit sous la peau, au niveau de la veine. Cette complication pourrait nécessiter exceptionnellement un traitement local.
- L'injection de produit de contraste peut entraîner des nausées. Des réactions allergiques sont généralement transitoires et sans gravité. Elles peuvent être plus sévères, se traduire par des troubles cardiorespiratoires voire le décès.
- Des accidents rénaux, également liés au produit iodé, sont possibles, notamment chez certains sujets atteints de maladies fragilisant le rein (insuffisance rénale, diabète).

**Dans tous les cas, si vous pensez avoir un facteur de risque, vous devez le signaler.**

**Avant l'examen, sauf indication contraire, prenez vos médicaments habituels**

### Après votre retour à domicile

Dans la majorité des cas, vous ne ressentirez rien de particulier.

N'hésitez pas cependant à signaler à l'équipe tout événement qui vous paraîtrait anormal.





## SIGNATURE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Avant l'examen, répondez attentivement aux questions suivantes :

Avez-vous un appareil électronique ?

- Pacemaker/Défibrillateur cardiaque  oui  non
- Neurostimulateur  oui  non
- Appareil auditif  oui  non
- Autres : précisez \_\_\_\_\_  oui  non

Avez-vous une ou plusieurs prothèses ?

- Implants cochléaires  oui  non
- Hanche, genou, épaule  oui  non
- Valve cardiaque  oui  non
- Autres : précisez \_\_\_\_\_  oui  non

Avez-vous pu recevoir des éclats métalliques (balle, meuleuse) ?  oui  non

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?  oui  non

Avez-vous des antécédents allergiques ou du diabète ?  oui  non

Êtes-vous claustrophobe ?  oui  non

Madame, Mademoiselle, Monsieur :

a personnellement rempli cette fiche le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

et donné son accord pour que l'examen soit réalisé.

**Signature**

### CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

Effets indésirables

- DOTAREM
- MULTIHANCE
- GADOVIST
- CLARISCAN

Dose injectée : \_\_\_\_ ml

