

**QUESTIONNAIRE pour une DEMANDE d'EXAMEN IRM**

Nom: _____	Date de naissance: _____
Nom de naissance: _____	Poids: _____
Prénom: _____	Taille: _____
Adresse: _____	Ville: _____
Téléphone : _____	Adresse mail: _____

Veillez indiquer par une croix votre réponse aux questions

Avez-vous déjà fait une IRM?		OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré:	Du cœur ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Du cerveau ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Des oreilles ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Autre (précisez l'opération et la date): _____			
Avez-vous:	Un holter/défibrillateur ? (il faut nous fournir la carte)	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Un pacemaker (pile cardiaque) ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? (il faut nous fournir la carte)	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Des clips cérébraux ? Neurostimulateur ? Valve de dérivation ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Un ou des stents ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Une prothèse articulaire (genou, hanche, ...) ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Des agrafes ou des broches ? Localisation: _____	OUI <input type="checkbox"/>	Date: _____	NON <input type="checkbox"/>
	Des tatouages ou des maquillages permanents?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si OUI , précisez la date : _____
	Des piercings ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Des appareils auditifs ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Des appareils dentaires ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Des patchs cutanés ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous diabétique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Si OUI , êtes-vous porteur de:	Une pompe à insuline ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Un équipement FREESTYLE LIBRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un produit de contraste ?		Si OUI , précisez le nom du produit _____		
AVEZ-VOUS DEJA FAIT DE LA SOUDURE (professionnellement ou en loisir), DE LA MECANIQUE OU DE LA METALLURGIE ?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AVEZ-VOUS EU DES ECLATS METALLIQUES DANS LE CORPS OU AU NIVEAU DES YEUX (même anciens ou retirés) ?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ETES-VOUS PORTEUR D'UN BRACELET ELECTRONIQUE ?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, nous serons amenés à faire réaliser une radiographie du crâne avant la pratique de l'IRM				

Si vous êtes une femme,

Êtes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allaitiez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Êtes-vous claustrophobe ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, un calmant peut vous être prescrit par votre médecin traitant

Quelle est votre mobilité :			
Marche : <input type="checkbox"/>	Fauteuil : <input type="checkbox"/>	Couché : <input type="checkbox"/>	
Viendra par : ses propres moyens : <input type="checkbox"/>		VSL : <input type="checkbox"/>	Ambulance : <input type="checkbox"/>

Merci de bien vouloir signaler au secrétariat tout évènement impliquant une modification du questionnaire entre la prise du rendez-vous et le jour de l'examen.

Signature du patient: