

QUESTIONNAIRE POUR UNE DEMANDE D'EXAMEN IRM

Nom :	Date de naissance :
Nom de naissance :	Poids :
Prénom :	Taille :
Adresse :	
Ville :	
Téléphone :	
Mail :	

Veillez cocher votre réponse aux questions

Avez-vous déjà fait une IRM ?			OUI	Date :	NON	
Avez-vous été opéré :	Du coeur ?		OUI	Date :	NON	
	Du cerveau ?		OUI	Date :	NON	
	Des oreilles ? Des yeux ?		OUI	Date :	NON	
	Autre (précisez l'opération et la date) :					
Avez-vous :	Un holter/défibrillateur ? (il faut nous fournir la carte)		OUI	Date :	NON	
	Un pacemaker (pile cardiaque) ?		OUI	Date :	NON	
	Une valve cardiaque ? (il faut nous fournir la carte)		OUI	Date :	NON	
	Des clips cérébraux ? Neurostimulateur ? Valve de dérivation ?		OUI	Date :	NON	
	Un ou des stents ?		OUI	Date :	NON	
	Une prothèse articulaire (genou, hanche, ...) ?		OUI	Date :	NON	
	Des agrafes ou des broches ? Localisation :		OUI	Date :	NON	
	Des appareils dentaires ?	OUI	NON	Des appareils auditifs ?	OUI	NON
	Des piercings ?	OUI	NON	Des patchs cutanés ?	OUI	NON
	Des tatouages ou maquillages permanents ?	OUI	NON	Si OUI, précisez la date		

Etes-vous diabétique ?			OUI	NON
Si OUI, êtes-vous porteur de :	Une pompe à insuline ?		OUI	NON
	Un équipement FREESTYLE LIBRE ?		OUI	NON

Avez-vous déjà eu une allergie à un produit de contraste ?	OUI	NON	Si OUI, précisez le nom du produit
--	-----	-----	------------------------------------

Avez-vous déjà fait de la soudure (professionnellement ou en loisir), de la mécanique ou de la métallurgie ?	OUI	NON
Avez-vous eu des éclats métalliques dans le corps ou au niveau des yeux (même anciens ou retirés) ?	OUI	NON
Etes-vous porteur d'un bracelet électronique ?	OUI	NON
<i>Si oui, nous serons amenés à faire réaliser une radiographie du crâne avant la pratique de l'IRM</i>		

<i>Si vous êtes une femme,</i>		
Etes-vous enceinte ?	OUI	NON
Allaitiez-vous ?	OUI	NON

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.

Etes-vous claustrophobe ?	OUI	NON
<i>Si oui, un calmant peut vous être prescrit par votre médecin traitant</i>		

Quelle est votre mobilité : Marche	Fauteuil	Couché
Viendra par : ses propres moyens	VSL	Ambulance

Signature du patient