

VOUS ALLEZ PASSER UNE IRM

CE QUESTIONNAIRE A POUR BUT DE RENDRE VOTRE EXAMEN SANS DANGER POUR VOTRE SANTE ET UNE PRISE EN CHARGE DANS LES MEILLEURS DELAIS. LA NON REPONSE A UNE SEULE QUESTION ENTRAINERA DES DELAIS IMPORTANTS. REPONDEZ DONC A TOUTES LES QUESTIONS

COCHER LA BONNE REPONSE

I. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT

NOM :		NOM DE JEUNE FILLE :		PRENOM :	
DATE DE NAISSANCE :					
SEXE : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
ADRESSE N° ET RUE					
CODE POSTAL :			VILLE :		
Email : (uniquement si vous les consultez régulièrement)					
TELEPHONE FIXE (En France) :			TELEPHONE PORTABLE (En France) :		
QUAND ETES VOUS LE PLUS FACILEMENT JOIGNABLE ?					
ABSENCES : OUI <input type="checkbox"/> DATES : DU ___/___/___ AU ___/___/___ NON <input type="checkbox"/>					
POIDS (maximum autorisé : 160kg) :			TAILLE (en cm) :		
NUMERO DE SECURITE SOCIALE :					
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :					
NOM et ADRESSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE PRINCIPALE (pas la complémentaire) :					
MEDECIN TRAITANT DECLARE :		(Indiquez les NOM+PRENOM+VILLE)		MEDECIN (PRESCRIPTEUR DE L'IRM)	

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Etes- vous un patient habituel de la radiologie de ST LOUIS (Cabinet ou clinique) ? OUI NON
- Avez-vous déjà passe une IRM ? OUI NON
SI OUI VEUILLEZ PRECISER LA DATE : ___/___/___
- Etes-vous claustrophobe (peur des espaces fermés) ? OUI NON

III. CONTRES INDICATIONS : si oui un complément d'information ou des examens supplémentaires vous seront demandés

- Mesdames : êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON
SI OUI : Date de vos dernières règles ___/___/___
- Travailleur ou bricoleur sur métaux, soudures, mécanicien ? OUI NON

• Avez-vous déjà eu des éclats de métal dans les yeux ou corps étranger ?

OUI	NON
-----	-----

(Même anciens ou retirés)

• **AVEZ-VOUS QUELQUE CHOSE DE METALLIQUE DANS VOTRE CORPS**

(Prothèse articulaire, auditive ou oculaire, vis, plaque, broche, valve de dérivation ventriculaire, appareil d'orthodontie, PIERCINGS... ?)

OUI <input type="checkbox"/> (précisez l'emplacement et la date de l'opération)	NON
--	-----

ATTENTION : Toute prothèse se situant dans la partie du corps à explorer par IRM empêchera la réalisation de celle-ci

• **INTERVENTIONS CHIRURGICALES :**

OUI <input type="checkbox"/> Veuillez préciser <u>les dates et opérations</u> subies ou prévues ci-dessous <u>(si opération de moins de 2 mois merci d'indiquer la date exacte).</u>	NON
➤ ➤ ➤ ➤ ➤	

• **ETES VOUS PORTEUR D'UN FILTRE CAVE, D'UNE VALVE CARDIAQUE OU STENT ?**

OUI → **DEMANDER L'AVIS DE VOTRE CARDIOLOGUE ET NOUS TRANSMETTRE LA REPONSE (Aucun rendez-vous ne sera fixé sans cet avis)**

NON

IV. CONTRES INDICATIONS ABSOLUES NE PERMETTANT PAS DE FAIRE UNE IRM

• POUR LE CŒUR avez-vous un stimulateur cardiaque ? (pile, pace maker)

OUI	NON
-----	-----

• Avez-vous des clips cérébraux ou vasculaires ?

OUI	NON
-----	-----

En remplissant ce formulaire je suis également informé qu'en cas de retard le jour de l'examen mon rendez-vous sera reporté.

Veuillez vous présenter 15 minutes avant l'heure de votre rendez-vous.

DATE

SIGNATURE PATIENT

DATE

NOM ET INTIALE SECRETAIRE