

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. TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET ET TOUTE DATE MANQUANTE ENTRAINERONT DES DELAIS DE TRAITEMENT PLUS IMPORTANTS. REPONDEZ DONC A TOUTES LES QUESTIONS

I. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT

NOM	NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE	PRENOM
____/____/____			
SEXE : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
ADRESSE N° ET RUE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
Email : uniquement si vous les lisez tous les jours :			
TELEPHONE FIXE (En France uniquement) :		TELEPHONE PORTABLE (En France uniquement) :	
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) :	
1. NOM et ADRESSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE PRINCIPALE :			
2. NUMERO DE SECURITE SOCIALE :			
3. NOM ET PRENOM DE <u>L'ASSURE PRINCIPAL</u> :			
4. AVEZ-VOUS UNE COMPLEMENTAIRE MALADIE (MUTUELLE) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
INDIQUEZ CI-DESSOUS LES NOMS PRENOMS ET <u>ADRESSE COMPLETE</u>			
Médecin traitant déclaré (médecin de famille) :		Médecin prescripteur :	

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX COCHEZ LA BONNE REPONSE

1. Etes- vous un patient habituel de la radiologie de ST LOUIS (Cabinet ou clinique) ? OUI NON
2. Avez-vous déjà passe une IRM ? OUI NON
SI OUI VEUILLEZ PRECISER LA DATE : ____/____/____
3. Etes-vous claustrophobe (peur des espaces fermés) ? OUI NON
SI OUI un calmant vous sera prescrit avec lequel il est interdit de conduire.

III. **CONTRES INDICATIONS : si oui un complément d'information ou des examens supplémentaires vous seront demandés. COCHEZ LA BONNE REPONSE**

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

6. Au niveau des yeux avez-vous déjà eu des éclats de métal ou de corps étrangers (Même anciens ou retirés) ?

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

7. CI-DESSOUS VEUILLEZ PRECISER SI VOUS AVEZ DES PIECES METALLIQUES DANS LE CORPS (Ex : Prothèse articulaire, vis, plaque, broche, valve de dérivation ventriculaire, appareil d'orthodontie, PIERCINGS... ?)

NON, je n'ai rien de métallique dans le corps

OUI, j'ai des éléments métalliques dans le corps - Type et emplacement :

- Date de mise en place : (jj/mm/aa)

- Amovible ? oui non

8. VEUILLEZ REMPLIR LE TABLEAU CI-DESSOUS CONCERNANT VOS INTERVENTIONS CHIRURGICALES

a) Si vous n'avez JAMAIS subi d'intervention veuillez cocher cette case

b) Liste des interventions datant de plus de 2 mois : année d'intervention

-
-
-
-

c) Liste des interventions datant de moins de 2 mois (JOUR ET MOIS A PRECISER)

-
-

d) Liste des prochaines interventions prévues avec la date précise si connue :

-
-

9. ETES-VOUS PORTEUR D'UN FILTRE CAVE, D'UNE VALVE CARDIAQUE OU STENT ? **COCHEZ LA BONNE REPONSE**

NON

OUI

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

Précisez la date DE MISE EN PLACE : ___/___/___

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

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

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

11. 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. **Veillez vous présenter 15 minutes avant l'heure de votre rendez-vous.**

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :

DATE NOM ET INITIALE SECRETAIRE :