

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 ou ILLISIBLE 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 <u>EN MAJUSCULE</u> (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

- Etes- vous un patient de la radiologie de ST LOUIS (Cabinet ou clinique) ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------
- Avez-vous déjà passe une IRM ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

SI OUI VEUILLEZ PRECISER LA DATE : ___/___/___
- Etes-vous claustrophobe (peur des espaces fermés) ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

SI OUI un calmant vous sera prescrit avec lequel il est interdit de conduire.
- Avez-vous un traitement pour le diabète ou l'hypertension ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------
- Souffrez-vous de maladie rénale (rein solitaire, transplantation, tumeur rénale ou insuffisance rénale) ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------
- Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP

Mesdames :

- A. Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?
B. Allaitiez-vous ?
C. Veuillez préciser la date de vos dernières règles : ____ / ____ / ____

OUI		NON	
OUI		NON	

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

7. Travailleur et/ou bricoleur sur métaux, soudures, mécanicien ?
8. Au niveau des yeux avez-vous déjà eu des éclats de métal ou de corps étrangers (Même anciens ou retirés) ?

OUI		NON	
OUI		NON	

9. AVEZ-VOUS DES PIÈCES METALLIQUES DANS LE CORPS

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

(Ex : Prothèse articulaire, vis, plaque, broche, valve de dérivation ventriculaire, appareil d'orthodontie, PIERCINGS... ?)

SI OUI VEUILLEZ PRÉCISER CI-DESSOUS :

- a) Type et emplacement :
b) Date de mise en place : (jj/mm/aa)
c) Amovible ? oui non

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

a) Si vous n'avez JAMAIS subi d'intervention veuillez cocher cette case <input type="checkbox"/>
b) Liste des interventions <u>datant de plus de 2 mois</u> : année d'intervention - - - -
c) Liste des interventions <u>datant de moins de 2 mois (JOUR ET MOIS A PRÉCISER)</u> - -
d) Liste des prochaines interventions prévues <u>avec la date précise si connue</u> : - -

11. Etes-vous porteur d'un filtre cave
12. Etes-vous porteur d'une valve cardiaque si oui veuillez fournir la carte ?

OUI		NON	
OUI		NON	
OUI		NON	

13. Etes-vous porteur de stent ?

SI OUI VEUILLEZ PRÉCISER LA DATE DE POSE : ____ / ____ / ____

ET DEMANDER L'ACCORD A VOTRE CARDIOLOGUE, SANS CET ACCORD AUCUN RENDEZ-VOUS NE VOUS SERA PROPOSÉ

IV. CONTRES INDICATIONS ABSOLUES NE PERMETTANT PAS DE FAIRE UNE IRM COCHEZ LA BONNE REPONSE

14. POUR LE CŒUR avez-vous un stimulateur cardiaque ? (Pile, pace maker)
15. Avez-vous des clips cérébraux ou vasculaires ?

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

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 de plusieurs mois.

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :

DATE NOM ET INITIALE SECRETAIRE :