

QUESTIONNAIRE IRM À REMPLIR avant la prise de rendez-vous

Nom : Date de naissance :

Nom de jeune fille : Poids :

Prénom : Taille :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone (fixe et portable) :/..... Nom du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale :

Veillez répondre à TOUTES les questions par une croix.

Avez-vous déjà fait une IRM ? Oui Date..... Non

Avez-vous été opéré :

- Du cœur ? (si oui, indiquer la date) Oui Date..... Non
- Du cerveau ? (si oui, indiquer la date) Oui Date..... Non
- Autres opérations (lesquelles, précisez la date) :

Avez-vous :

- Un pacemaker ? Oui Date..... Non
- Un filtre cave ? Oui Date..... Non
- Une valve cardiaque ? (si oui, fournir la carte) Oui Date..... Non
- Des clips cérébraux ? Oui Date..... Non
- Un ou des stents ? **Accord du cardiologue obligatoire** Oui Date..... Non

- Une prothèse dentaire ? (Amovible, fixe) Oui Date..... Non
- Une prothèse articulaire (genou, hanche, épaule) ? Oui Date..... Non
- Des agrafes médicales ou des broches ? Oui Date..... Non
- Une pompe à insuline ? Oui Non
- Des piercings ? Oui Non

Souffrez-vous :

- D'allergies ? Si oui, lesquelles ? Oui Non
- De maladie rénale ? Oui Non

Etes-vous travailleur sur métaux, soudure ou mécanique ? Oui Non

Avez-vous eu des éclats de métal ou de corps étranger dans les yeux ? Oui Non **Même anciens ou retirés**

Pour les femmes :

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitiez-vous ? Oui Non

Date de vos dernières règles : /...../.....

Etes-vous claustrophobe ? Si oui, un calmant peut vous être prescrit. Oui Non

Date :

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Examen demandé par Dr.....

Demande validée par Dr BALSAMA Dr CAMPOS Dr SFEIR

Date de validation/...../2020

Type d'IRM :

Injection : oui non

Initiales de la secrétaire :