

QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'IRM

Nom		Prénom	
Date de Naissance		Taille	Poids
Téléphone		Adresse Email	

Vous allez être soumis à un champ magnétique : **ce n'est pas dangereux** à condition de respecter certaines règles et de renseigner ces informations ci-dessous :

	Cocher votre réponse	
AVEZ-VOUS UNE PILE AU COEUR (PACEMAKER) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> L'IRM ne sera pas possible, merci de le signaler à la secrétaire 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AVEZ-VOUS EU DES INTERVENTIONS AVEC POSE DE MATERIEL METALLIQUE ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Au niveau du cœur, artères, STENTS, VALVE, PATCH, FILTRE CAVE Au niveau cérébral ? 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AVEZ-VOUS RECU DES ECLATS METALLIQUES (dans les yeux) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Si OUI, ont-ils été enlevés ? 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SOUFFREZ-VOUS D'INSUFFISANCE RENALE ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Si OUI, présentez obligatoirement le résultat de Créatinémie 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETES-VOUS PORTEUR :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> D'un port à cath D'une pompe à insuline 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETES-VOUS PORTEUR DE PROTHESES AUDITIVES ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Si OUI, LES RETIRER POUR PASSER L'EXAMEN 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETES-VOUS DIABETIQUE ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Si OUI, précisez le traitement : _____ 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETES-VOUS ALLERGIQUE A DES MEDICAMENTS ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Si OUI, lesquels 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETES-VOUS CLAUSTROPHOBE ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SI VOUS ETES UNE FEMME :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> Etes-vous enceinte ? Allaitez-vous ? Avez-vous eu des enfants ? Avez-vous eu une césarienne ? 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DATE	SIGNATURE	