

IRMdeProvence-Questionnaire-IRM-GENOU DROIT GAUCHE-COVID-Edit1

QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'IRM DU GENOU DROIT / GAUCHE

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 FAIT UNE CHUTE ? <ul style="list-style-type: none"> Si OUI, à quelle date : _____ 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AVEZ-VOUS EU UN TRAUMATISME ? <ul style="list-style-type: none"> Si OUI, à quelle date : _____ 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AVEZ-VOUS EU UNE ENTORSE ? <ul style="list-style-type: none"> Si OUI, à quelle date : _____ 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ DE CE GENOU ? <ul style="list-style-type: none"> Si OUI, des Ménisques, à quelle date : _____ Si OUI, des Ligaments, à quelle date : _____ 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
VOUS AVEZ UNE DOULEUR <ul style="list-style-type: none"> Côté interne Côté externe En arrière De la rotule 		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON
AUTRES COMPLÉMENTS D'INFORMATIONS 			
DATE	SIGNATURE		

QUESTIONNAIRE COVID A REMPLIR AVANT L'IRM

	Cocher votre réponse	
Ces dernières 48Heures, avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> • De la toux ? • Des courbatures ? • De la fièvre (Frisson, sueur) ? • Des difficultés à respirer ? • Une perte de gout ou de l'odorat ? • Une diarrhée 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

	Cocher votre réponse	
Ces dernières 48Heures, ressentez-vous une fatigue importante inhabituelle ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

	Cocher votre réponse	
Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

⚠ Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions sus-jacentes, le Radiologue évaluera s'il est préférable de réaliser l'examen le jour même ou de décaler.

Votre Médecin traitant habituel	
--	--

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »	Date	Signature