

IRMdeProvence-Questionnaire-IRM-GENOU DROIT GAUCHE -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		