

IRMdeProvence-Questionnaire-IRM-MAMMAIRE-COVID-Edit1

# QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'IRM MAMMAIRE

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	
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS</b>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer du sein</li> <li>• Cancer des ovaires</li> </ul>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ?</b>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si OUI, décrivez-les ci-dessous :</li> </ul>			
<b>NOMBRE DE GROSSESSES :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'enfants : _____</li> <li>• Fausse couche, grossesse extra-utérine, interruption de grossesse : _____</li> </ul>			
<b>MÉNOPAUSE</b>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si <b>OUI</b>, traitement hormonal substitutif</li> <li>• Si <b>NON</b>, contraception</li> <li>• Laquelle : _____</li> </ul>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>DATE</b>	<b>SIGNATURE</b>		

# QUESTIONNAIRE COVID A REMPLIR AVANT L'IRM

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

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

	Cocher votre réponse	
<b>Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID ?</b>	<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.

<b>Votre Médecin traitant habituel</b>	
----------------------------------------	--

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

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »	Date	Signature
<hr/>		