

IRMdeProvence-Questionnaire-IRM-MAMMAIRE -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
		<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
		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>DATE</b>	<b>SIGNATURE</b>		