

QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'IRM PELVIENNE

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	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du sein • Cancer des ovaires 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> • Si OUI, décrivez-les ci-dessous : 			
NOMBRE DE GROSSESSES : _____			
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants : _____ • Fausse couche, grossesse extra-utérine, interruption de grossesse : _____ 			
MÉNOPAUSE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> • Si OUI, traitement hormonal substitutif • Si NON, contraception • Laquelle : _____ 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> • Saignements ? • Douleurs pelviennes ? • Douleurs lors des rapports ? • Douleurs en urinant ? • Douleurs lors des selles ? • Frottis à jour ? • Dernières règles : _____ 		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
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
