

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 | | |