



IRMdeProvence-Questionnaire-IRM-PROSTATE-COVID-Edit1

# QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'IRM DE LA PROSTATE

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>AVEZ-VOUS EU DES BIOPSIES PROSTATIQUES ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si <b>OUI</b>, à quelle date : _____</li> </ul>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>AVEZ-VOUS EU UNE OPÉRATION DE LA PROSTATE ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si <b>OUI</b>, à quelle date : _____</li> <li>Taux de PSA : _____</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"/> 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	
<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