

# 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><br><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><br><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> |                              |                              |