



### QUESTIONNAIRE IRM

Nom et Prénom : <<NomPrenomPatient>>. Date de naissance : <<PATIENT\_AT\_DATNAI>>

Poids : ..... Taille : .....(utile pour le réglage de la machine)

<b>Si vous répondez « oui » à l'une des contre- indications nous contacter 05 33 12 20 10</b>	OUI	NON
Avez-vous déjà passé une IRM ? Date .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Liste et date :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une quelconque pièce/éclat ou dispositif métallique dans votre corps ou yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un Stimulateur cardiaque (pile cardiaque, pacemaker) (si oui date.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un neuro-stimulateur ou une pompe implantable (si oui date.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un Capteur électronique patch (ex : Freestyle libre®, Dexcom G6® )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un Stent, valve cardiaque/filtre cave (si oui date...../référence.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des Clips cérébraux ou vasculaires (si oui date...../référence.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une valve de dérivation LCR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un Implants Dans les oreilles (si oui date...../référence.....) Oculaires ex : opération cataracte (date.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un Corps étrangers métalliques type plombs de chasse, éclats (date.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un Matériel orthopédique (prothèse, plaque, clou, vis, broche, etc...)(date.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une prothèse : Prothèse pénienne (si oui date...../référence.....) Dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des éclats métalliques au niveau des yeux en travaillant ou en bricolant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous allergique ? (si oui, à quoi : .....) )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une insuffisance rénale connue, êtes-vous en attente d'une greffe hépatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un tatouage ? (si oui date.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Madame</b> : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

<b>Madame</b> : Avez-vous un retard de règles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

<b>Madame</b> : Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

signature (obligatoire)