



QUESTIONNAIRE I.R.M

ANTECEDENTS : (cocher la case correspondante)

Etes-vous porteur d'un Stimulateur cardiaque ?
(Pacemaker ou Pile cardiaque)

OUI NON

si oui, examen non réalisable sur notre site

Avez-vous été opéré du Cœur ?
(Valve, Stent, ...)

OUI NON

Avez-vous été opéré des Artères ou des Veines ?
(Pontage, Clips, Stent, Agrafes, Filtre, ...)

OUI NON

Avez-vous été opéré de la Tête ou du Cerveau ?
(Clips neurochirurgicaux, Agrafes, ...)

OUI NON

Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales ?
(Prothèse articulaire, Vis, Clou Plaque, Agrafe, implant, ...)

OUI NON

Avez-vous déjà eu des éclats métalliques dans les yeux ?
(Travail sur métaux, Soudure, Meulage, Limaille, ...)

OUI NON

Si oui prenez un rendez-vous dans votre cabinet radiologique pour une radiographie ou un scanner des orbites. Vous devrez obligatoirement apporter cette radio lors de votre examen IRM.

Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ?

OUI NON

Etes-vous porteur d'un neurostimulateur ou pompe à morphine ?

OUI NON

Avez-vous un appareil auditif ?

OUI NON

Avez-vous un appareil dentaire ?

OUI NON

Etes-vous claustrophobe ?
(Crainte d'être enfermé(e))

OUI NON

Pour les patientes, êtes-vous enceinte ?

OUI NON

Important : si vous avez coché des OUI, donnez des précisions (date d'intervention) ou joignez à la demande d'examen, un exemplaire de compte rendu opératoire qui précise la nature des matériels utilisés ou un compte rendu radiologique (radiographie de crâne ...)

ETAT CLINIQUE et COOPERATION PREVISIBLE : (l'examen par résonance magnétique exige une immobilité totale du malade pendant une durée de 15 à 30 mn).

TAILLE :

POIDS :

Date :

Nom/Prénom :

Signature du patient :