

QUESTIONNAIRE AVANT IRM

NOM : Prénom : Date de naissance :

Taille : Poids : Age :

1. Avez-vous déjà été opéré(e) :

- | | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ✓ de la tête ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ du cœur ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

2. Etes-vous insuffisant(e) rénal(e) ? oui non3. Etes-vous claustrophobe (peur d'être enfermé(e)) ? oui non

4. Etes-vous porteur (se) :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ✓ d'un stimulateur cardiaque (pile ou pace maker) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ d'une valve cardiaque, de stents ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ d'un neurostimulateur ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ de clips intracrâniens ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ d'une valve intracrânienne ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ de corps étrangers intra-oculaires (limaille de fer ou éclats métalliques ?) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ d'un appareil dentaire mobile ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ d'un appareil auditif ou implant auditif ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ de tatouage ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ d'un capteur de glycémie (Free Style) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

5. Pour les femmes :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ Allaitiez-vous ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ✓ Date des dernières règles (seulement pour un examen pelvien ou mammaire) : ____/____/____ | | |

Avant votre examen IRM, vous devrez :

◦ vous déshabiller et ne garder qu'un slip ou une culotte.

◦ retirer tous les objets métalliques (bijoux, piercings, pinces à cheveux, lunettes, appareils dentaires amovibles, montre, clefs, pièces de monnaie, carte de crédit etc...)

Je reconnais avoir été informé(e) des contre-indications pour la réalisation de l'examen IRM pratiqué ce jour.

Date : ____/____/____

Signature :