

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

### SECTEUR IRM

VEUILLEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE RECTO / VERSO ET LE RENVoyer REMPLI AINSI  
QUE L'ORDONNANCE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR 10 JOURS AVANT LA DATE D'EXAMEN

**RENDEZ-VOUS LE** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **NOM DE JEUNE FILLE :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_ **SEXE :** ☐ F ou ☐ M

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **POIDS :** \_\_\_\_ **TAILLE :** \_\_\_\_

**N° DE TELEPHONE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A ENLEVER POUR L'EXAMEN : perruque, patch, piercing, maquillage**

### CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

Pacemaker	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Neurostimulateur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Eclat métallique intraoculaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pompe à insuline ou à morphine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prothèse auditive interne	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

-Valve cardiaque ou intra-crânienne OUI ☐ NON ☐  
Si OUI : référence du matériel \_\_\_\_\_ date d'intervention \_\_\_\_\_

-Clips cérébraux, prothèse aortique OUI ☐ NON ☐  
Si OUI : Date d'intervention \_\_\_\_\_

-Stent, clips vasculaires  
ou autre prothèse vasculaire OUI ☐ NON ☐  
Si OUI : Date d'intervention \_\_\_\_\_

-Suture métalliques ou agrafes OUI ☐ NON ☐

-Eclats métalliques ou d'obus OUI ☐ NON ☐

-Travailleurs des métaux OUI ☐ NON ☐

-Autre matériel ferromagnétique OUI ☐ NON ☐

-Claustrophobie OUI ☐ NON ☐

-Implant mammaire ou pénien OUI ☐ NON ☐

-Opération datant de moins de 2 mois (cataracte, tatouage...) OUI ☐ NON ☐

Si OUI : Date d'intervention \_\_\_\_\_

### EN CAS D'INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE

Insuffisant rénal	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Problèmes allergiques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### MATERNITE

La patiente est-elle enceinte	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
La patiente allaite-t-elle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

**Signature**