

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 NON

Problèmes allergiques OUI NON

MATERNITE

La patiente est-elle enceinte OUI NON

La patiente allaite-t-elle OUI NON

Signature