



VOUS ALLEZ PASSER UNE IRM :

**POUR VOTRE SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DE VOTRE EXAMEN, VEUILLEZ COMPLÉTER
CE QUESTIONNAIRE ET NOUS LE RETOURNER DUMENT REMPLI ACCOMPAGNÉ
DU DOUBLE DE VOTRE ORDONNANCE À L'ATTENTION DU SERVICE IRM. MERCI.**

DOCTEUR D. DIBO
DOCTEUR L. BEJAN
DOCTEUR R. OPREA-HEVESSY
DOCTEUR E. MITU
DOCTEUR C. IONESCU
DOCTEUR C. BICA
DOCTEUR B. CORHA

Date du Rendez-vous :/...../.....

Nom et Prénom :

Date de naissance :/...../..... Poids : (utile pour le réglage de la machine)

Adresse : Ville :

N° Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Avez-vous déjà passé une IRM ? Date | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui liste et date | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Avez-vous subi une intervention chirurgicale il y a moins de 6 semaines* ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Avez-vous une quelconque pièce/éclat ou dispositif métallique dans votre corps ou yeux ? | | |
| <i>Précisez en cochant dans la liste ci-dessous, si la référence et la date ne sont pas indiquées le rdv pourra être annulé :</i> | | |
| - Stimulateur cardiaque (pile cardiaque, pacemaker) (si oui date) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Un neuro-stimulateur ou une pompe implantable (si oui date) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Capteur électronique patch (ex : <i>Freestyle libre[®], Dexcom G6[®]</i>) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Stent, valve cardiaque/filtre cave (si oui préciser, date et référence) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Clips cérébraux ou vasculaires (si oui date/ référence) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Implants oculaires ex : opération cataracte (date) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Implants dans les oreilles (si oui date/ référence) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Corps étrangers métalliques type plombs de chasse, éclats (date) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Matériel orthopédique (prothèse, plaque, clou, vis, broche, etc.) (date) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Prothèse pénienne (si oui date/ référence) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Avez-vous reçu des éclats métalliques au niveau des yeux en travaillant ou en bricolant ? (Soudure ou meulage anciens ou récents : nous contacter) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Êtes-vous claustrophobe ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Êtes-vous allergique ? (si oui, à quoi :)) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Avez-vous une insuffisance rénale connue, êtes-vous en attente d'une greffe hépatique ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Avez-vous un tatouage ou maquillage permanent datant de moins de 6 semaines* ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Madame : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un retard de règles ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Allaitiez-vous ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

* si oui : nous contacter pour reporter le rendez-vous

Signature (obligatoire)

Fait le :/...../.....

Il est impératif de respecter l'heure du rendez-vous (sinon le rendez-vous pourra être reporté)

⚠ Le jour de l'examen, merci de vous présenter sans maquillage (pour IRM cérébrale), ni bijoux (pour tout examen)