



Date du Rendez-vous : / /

Nom et Prénom :

Date de naissance : / /

N° Téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :

Votre poids : (indispensable pour l'examen)

VOUS ALLEZ PASSER UNE IRM :

POUR VOTRE SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DE VOTRE EXAMEN,

MERCI DE BIEN REMPLIR CE QUESTIONNAIRE (ENTOURER LA RÉPONSE) ET

DE LE RAMENER LE JOUR DE VOTRE EXAMEN DÛMENT REMPLI AINSI QUE VOTRE ORDONNANCE.

(1) = Si vous avez entouré "oui", veuillez fournir au secrétariat (par mail ou autre) votre compte rendu opératoire ainsi que la carte de votre dispositif médical implanté (ou marque, référence, modèle)

(2) = Si vous avez entouré "oui", veuillez contacter le secrétariat S.V.P.

Avez-vous reçu des éclats métalliques au niveau des yeux en travaillant, bricolant (soudure meulage) ou projectiles métalliques dans le reste du corps ?	Oui	Non	(2)
Avez-vous des clips cérébraux, clips vasculaires, coils ? (date :)	Oui	Non	(1)

Madame, Monsieur, êtes-vous porteur(euse) :

- Stent, TAVI	Oui	Non	(1)
- Valve cardiaque, filtre cave, prothèse aortique (date :)	Oui	Non	(1)
- Pacemaker, neurostimulateur, défibrillateur (date :)	Oui	Non	(1)
- Implants cochléaires ou implants auditifs internes (date :)	Oui	Non	(1)
- Valve de dérivation ventriculo-périnéale (date :)	Oui	Non	(1)
- Prothèse pénienne	Oui	Non	(1)
- Expandeur ou transpondeur mammaire	Oui	Non	(1)
- Pompe à perfusion implantable, perfuseur implantable	Oui	Non	(1)

- Appareils auditifs ou dentaires	Oui	Non	
- Patch ou Capteur électronique (Freestyle®, Dexcom G6®) Si oui, en prévoir un autre	Oui	Non	
- Tatouage, maquillage permanent de moins de 6 semaines	Oui	Non	(2)

Madame, Monsieur :

Avez-vous une insuffisance rénale connue ?	Oui	Non	(2)
Êtes-vous allergique à un produit de contraste ou médicament ?	Oui	Non	(2)
Madame : Etes-vous enceinte, susceptible de l'être ou allaitez-vous ?	Oui	Non	(2)
Êtes-vous claustrophobe ?	Oui	Non	(2)

Interventions de **moins de 6 semaines** (liste et date) :

.....

.....

.....

Interventions de **plus de 6 semaines** (liste et date) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Le jour de l'examen, merci de vous présenter SANS maquillage (pour IRM cérébrale), ni bijou
(pour tout examen)**

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

Fait le : / /

Signature (obligatoire)