



Nom :

Prénom :

Né le : / /

N° Téléphone :

Mail :

Adresse :

Poids : (indispensable pour l'examen)

MERCI DE BIEN REMPLIR CE QUESTIONNAIRE (ENTOURER LA RÉPONSE)

Si vous avez entouré "oui", veuillez contacter rapidement le secrétariat (par mail ou autre) pour un complément d'informations

• Que ce soit récent ou ancien, retiré ou pas, avez-vous déjà reçu des éclats métalliques au niveau des yeux ou des projectiles métalliques dans le reste du corps ?	Oui	Non
• Avez-vous des clips cérébraux, clips vasculaires, coils ? (Réf. :)	Oui	Non

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

• TAVI, Stents coronaires (Cœur) ?	Oui	Non
• Valve cardiaque, filtre cave, prothèse aortique ? (Réf. :)	Oui	Non
• Stents périphériques (oculaire, fémoral...) ? (Réf. :)	Oui	Non
• Pacemaker, neurostimulateur, défibrillateur, Holter (Reveal) ? (Réf. :)	Oui	Non
• Implants cochléaires ou implants auditifs internes ? (Réf. :)	Oui	Non
• Valve de dérivation ventriculo-péritonéale ? (Réf. :)	Oui	Non
• Prothèse pénienne ? (Réf. :)	Oui	Non
• Expandeur mammaire ? • Clips ESSURE ?	Oui	Non
• Pompe à perfusion implantable, perfuseur implantable ? (Réf. :)	Oui	Non
• Sphincter Artificiel ? (Réf. :)	Oui	Non
• Appareils auditifs ou dentaires ?	Oui	Non
• Patch ou Capteur électronique (Freestyle®, Dexcom G6®) ?	Oui	Non
<u>Si oui, en prévoir un autre car retrait pour l'examen.</u>		
• Tatouage, Maquillage permanent, Piercing : <u>moins de 4 semaines</u> ?	Oui	Non

Madame, Monsieur :

• Avez-vous une insuffisance rénale connue ?	Oui	Non
• Êtes-vous allergique à un produit de contraste ou médicament ?	Oui	Non
Si Oui : <u>Lesquels ? Réactions ?</u>		
• Madame : Êtes-vous enceinte, susceptible de l'être ou allaitez-vous ?	Oui	Non
• Êtes-vous claustrophobe ?	Oui	Non
Si Oui : veuillez contacter votre médecin traitant pour un calmant		



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

Si tel est le cas, votre examen pourra éventuellement être reporté. Merci de nous contacter

.....

.....

.....

Toutes interventions, opérations récentes ou anciennes (liste et date) :

Plus c'est Ancien, plus c'est important de le savoir

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il est impératif de respecter l'heure du rendez-vous

(sinon celui-ci pourra être reporté)

Le jour de l'examen, MERCI de vous présenter :

SANS MAQUILLAGE (pour une IRM cérébrale), **SANS BIJOU** (pour TOUT examen)

.....

Consentement :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur déclare avoir personnellement rempli ce questionnaire, et avoir pris connaissance de la fiche d'information sur l'IRM.

Je déclare également donner mon accord pour que l'examen soit réalisé.

Fait, le : / /

Signature du(de la) patient(e) obligatoire