

QUESTIONNAIRE POUR UNE DEMANDE D'EXAMEN IRM

NOM : Prénom : Date de naissance : N° de sécurité sociale : Adresse : Numéro de téléphone :	Poids : Taille : Médecin traitant : Adresse mail :		
	OUI	NON	
Avez-vous déjà fait une IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous diabétique ? Si oui : êtes-vous porteur d'un capteur Free Style libre ? : êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ? Il faudra retirer le dispositif pour l'examen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous amené à fraiser, souder, meuler, disquer (professionnellement ou en loisirs) ? Si oui, nous serons amenés à réaliser une radiographie du crâne avant la pratique de l'IRM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque (pile, pace maker) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose : <input type="checkbox"/> Filtre cave (-6 sem) <input type="checkbox"/> Port-à-cath (-6 sem) <input type="checkbox"/> Clips cérébraux vasculaires (contre-indication formelle) <input type="checkbox"/> Corps étrangers métalliques type plombs de chasse <input type="checkbox"/> Appareil dentaire : à retirer au moment de l'examen <input type="checkbox"/> Appareil auditif : à retirer au moment de l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse orthopédique (plaque, clou, vis, broche ...) : où ? année ? <input type="checkbox"/> Tatouage (-6 sem), piercing : à retirer sauf plastique ou titane <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelle est votre mobilité :	<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Fauteuil	<input type="checkbox"/> Couché

Vous déposerez dans une cabine vos effets personnels

Date : 21 janvier 2025	Signature :
------------------------	-------------