

QUESTIONNAIRE POUR UNE DEMANDE D'EXAMEN IRM

NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse : Numéro de téléphone :	Poids : Taille : Médecin traitant : Adresse mail :																																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%;">OUI</th> <th style="width:15%;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous diabétique ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-vous ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous claustrophobe ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous amené ou avez-vous été 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.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque (pile, pace maker, implant) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : <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"/> Implant dentaire <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 <input type="checkbox"/> Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Bracelet électronique </td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quelle est votre mobilité :</td> <td align="center" colspan="2"> <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Couché </td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)	<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-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 ou avez-vous été 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, implant) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : <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"/> Implant dentaire <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 <input type="checkbox"/> Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Bracelet électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est votre mobilité :	<input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Couché	
	OUI	NON																																			
Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)	<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
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"/>																																			
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-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 ou avez-vous été 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, implant) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : <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"/> Implant dentaire <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 <input type="checkbox"/> Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Bracelet électronique	<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 :	Signature :
--------	-------------

QUESTIONNAIRE POUR UNE DEMANDE D'EXAMEN IRM

NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse : Numéro de téléphone :	Poids : Taille : Médecin traitant : Adresse mail :																																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">OUI</th> <th style="width:10%; text-align:center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous diabétique ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-vous ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous claustrophobe ?</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous amené ou avez-vous été 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.</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque (pile, pace maker, implant) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : <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"/> Implant dentaire <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 <input type="checkbox"/> Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Bracelet électronique </td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quelle est votre mobilité :</td> <td align="center" colspan="2"> <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Couché </td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)	<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-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 ou avez-vous été 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, implant) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : <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"/> Implant dentaire <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 <input type="checkbox"/> Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Bracelet électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est votre mobilité :	<input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Couché	
	OUI	NON																																			
Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)	<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
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"/>																																			
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-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 ou avez-vous été 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, implant) <input type="checkbox"/> Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : <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"/> Implant dentaire <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 <input type="checkbox"/> Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen <input type="checkbox"/> Prothèse pénienne <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Bracelet électronique	<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 :	Signature :
--------	-------------