

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: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Etes-vous diabétique ?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</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 style="text-align: center;">☐ ☐</td> <td style="text-align: center;">☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-vous ?</td> <td style="text-align: center;">☐ ☐</td> <td style="text-align: center;">☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>Etes-vous claustrophobe ?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Etes-vous amené ou <u>avez-vous été amené</u> 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 style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? ☐ Stimulateur cardiaque (pile, pace maker, implant) ☐ Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : ☐ Filtre cave (-6 sem) ☐ Port-à-cath (-6 sem) ☐ Clips cérébraux vasculaires (contre-indication formelle) ☐ Corps étrangers métalliques type plombs de chasse ☐ Appareil dentaire : à retirer au moment de l'examen ☐ Implant dentaire ☐ Appareil auditif : à retirer au moment de l'examen ☐ Prothèse orthopédique (plaque, clou, vis, broche ...) : où ? année ? ☐ Tatouage (-6 sem), piercing : à retirer ☐ Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen ☐ Prothèse pénienne ☐ Stérilet ☐ Bracelet électronique </td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Quelle est votre mobilité : ☐ Marche ☐ Fauteuil ☐ Couché </td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)	☐	☐	Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :	☐	☐	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.	☐ ☐	☐ ☐	Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	☐	☐	Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?	☐	☐	Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-vous ?	☐ ☐	☐ ☐	Etes-vous claustrophobe ?	☐	☐	Etes-vous amené ou <u>avez-vous été amené</u> 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.	☐	☐	Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? ☐ Stimulateur cardiaque (pile, pace maker, implant) ☐ Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : ☐ Filtre cave (-6 sem) ☐ Port-à-cath (-6 sem) ☐ Clips cérébraux vasculaires (contre-indication formelle) ☐ Corps étrangers métalliques type plombs de chasse ☐ Appareil dentaire : à retirer au moment de l'examen ☐ Implant dentaire ☐ Appareil auditif : à retirer au moment de l'examen ☐ Prothèse orthopédique (plaque, clou, vis, broche ...) : où ? année ? ☐ Tatouage (-6 sem), piercing : à retirer ☐ Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen ☐ Prothèse pénienne ☐ Stérilet ☐ Bracelet électronique	☐	☐	Quelle est votre mobilité : ☐ Marche ☐ Fauteuil ☐ Couché		
	OUI	NON																																			
Avez-vous déjà fait une IRM ? (n'importe quelle partie du corps)	☐	☐																																			
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (récente – de 1 an) ? Si oui, liste et dates :	☐	☐																																			
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.	☐ ☐	☐ ☐																																			
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	☐	☐																																			
Avez-vous déjà fait un œdème de Quincke ?	☐	☐																																			
Si vous êtes une femme : Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitez-vous ?	☐ ☐	☐ ☐																																			
Etes-vous claustrophobe ?	☐	☐																																			
Etes-vous amené ou <u>avez-vous été amené</u> 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.	☐	☐																																			
Avez-vous une quelconque pièce métallique dans ou sur votre corps ? Si oui, laquelle ? ☐ Stimulateur cardiaque (pile, pace maker, implant) ☐ Valve cardiaque (courrier cardiologue), stent date de pose (- 6 sem) : ☐ Filtre cave (-6 sem) ☐ Port-à-cath (-6 sem) ☐ Clips cérébraux vasculaires (contre-indication formelle) ☐ Corps étrangers métalliques type plombs de chasse ☐ Appareil dentaire : à retirer au moment de l'examen ☐ Implant dentaire ☐ Appareil auditif : à retirer au moment de l'examen ☐ Prothèse orthopédique (plaque, clou, vis, broche ...) : où ? année ? ☐ Tatouage (-6 sem), piercing : à retirer ☐ Port de faux cils magnétiques : les enlever pour l'examen ☐ Prothèse pénienne ☐ Stérilet ☐ Bracelet électronique	☐	☐																																			
Quelle est votre mobilité : ☐ Marche ☐ Fauteuil ☐ Couché																																					

Vous déposerez dans une cabine vos effets personnels

Date :	Signature :
--------	-------------