QUESTIONNAIRE IRM
A REMPLIR ET A REDONNER A LA SECRETAIRE

Nom et prénom :
Poids :
Date de rendez-vous :

Entourer la bonne réponse :

1/ Avez-vous déjà passé une IRM?	oui	non
2/ Portez-vous une pile qui stimule votre coeur (PACE-MAKER)?	oui	non
3/ Etes-vous ou avez-vous été travailleur dans la métallurgie ou sur les métaux?	oui	non
4/ Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques dans les yeux? (limailles de fer, grain de meuleuse ou tout autre métal, même s'ils ont été retirés)	oui	non
5/ Avez-vous déjà été opéré et/ou avez-vous bénéficié de la mise en place de : stent, prothèse, prothèse mammaire (EXPENDER), filtre-cave, valve, clip, chambre implantable, vis, cerclage, agrafes, stimulateur médullaire, pompe à insuline ou à morphine, neurostimulateur, cataracte...etc	oui	non

SI OUI, date et type d'intervention :

ATTENTION, DELAI DE 6 SEMAINES ENTRE TOUTE OPERATION ET L'EXAMEN

6/ Etes-vous susceptible d'être enceinte? Si oui, l'examen sera systématiquement annulé. Si vous avez un doute, faire obligatoirement un test BHCG avant l'examen. Attention, pour les femmes qui allaitent et si l'examen est injecté, vous ne pourrez plus allaiter pendant les 48 heures suivant l'examen.	oui	non
7/ Etes-vous claustrophobe? Si oui, prévoir un sédatif prescrit par votre médecin.	oui	non
8/ Etes-vous allergique?	oui	non
9/ Avez-vous une insuffisance rénale? Si oui, nous le signaler impérativement.	oui	non
10/ Possédez-vous un appareil auditif et/ou un appareil dentaire?	oui	non
11/ Possédez-vous un tatouage et/ou un piercing? Si oui, précisez la couleur :	oui	non

Date : **Signature :**