



VOUS ALLEZ PASSER UNE IRM :

POUR VOTRE SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DE VOTRE EXAMEN, PRENEZ LE TEMPS DE COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE ET DE LE RAMENER LE JOUR DE VOTRE EXAMEN DÛMENT REMPLI AINSI QUE VOTRE ORDONNANCE.

Date du Rendez-vous :/...../.....

Nom et Prénom :

Date de naissance :/...../..... Poids : (indispensable pour l'examen)

N° Téléphone portable : Fixe :

Adresse mail :

Adresse postale :

:

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? <u>Liste et date au verso S.V.P.</u>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous subi une intervention chirurgicale de moins de 6 semaines ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un stimulateur cardiaque (Pacemaker), neurostimulateur, défibrillateur ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous reçu des éclats métalliques au niveau des yeux en travaillant, bricolant (soudure meulage) ou projectiles métalliques dans le reste du corps ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Mme, M. êtes-vous porteur (euse) :

- Stent posé avant 2000	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- valve cardiaque, filtre cave (<i>date..... référence.....</i>)	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Clips cérébraux, clips vasculaires, coils (<i>date..... référence.....</i>)	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Implants oculaires (hormis cataracte) (<i>date..... référence.....</i>)	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Patch ou Capteur électronique (<i>Freestyle[®], Dexcom G6[®]</i>) <i>si oui, en prévoir un autre</i>	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Implants cochléaires ou implants auditifs internes (<i>date..... référence.....</i>)	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Prothèse pénienne (<i>date..... référence.....</i>)	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Valve de dérivation ventriculo-périnéale (<i>Type..... référence.....</i>)	* ¹	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Tatouage, maquillage permanent de moins de 6 semaines ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Pompe médicamenteuse ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Êtes-vous claustrophobe ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une insuffisance rénale connue ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous allergique à un produit de contraste ou médicament ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Madame : Etes-vous enceinte, susceptible de l'être ou allaitez-vous ?	* ²	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

***¹ Veuillez contacter votre neurochirurgien afin de s'assurer de la compatibilité S.V.P.**

***² Veuillez contacter le secrétariat S.V.P.**

Signature (obligatoire)

Fait le :/...../.....

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 IRM cérébrale), ni bijou (pour tout examen)