



QUESTIONNAIRE POUR DEMANDE D'IRM

Nom: _____	Date de naissance : _____
Nom de jeune fille: _____	HOMME ☐ FEMME ☐
Prénom: _____	Poids : _____
Adresse: _____	Taille : _____
Ville : _____	
Téléphone: _____	MAIL: _____

Veuillez indiquer par une croix votre réponse aux questions

Avez-vous été opéré:	Du cœur ?	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Du cerveau ?	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Des oreilles ? Des yeux ?	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Autre (précisez l'opération et la date) : _____					
Avez-vous:	Un holter/défibrillateur ? (fournir la carte)	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Un pacemaker (pile cardiaque) ? (fournir la carte)	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Une valve cardiaque ? (fournir la carte)	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Des clips cérébraux ?	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Un ou des implants cochléaires ? (fournir la carte)	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Un ou des neurostimulateurs ? (fournir la carte)	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Un ou une valve de dérivation ?	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Une prothèse (mammaires, genou, hanche, ...) ? (fournir la carte)	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Des agrafes ou des broches ? Localisation: _____	OUI ☐	Date: _____	NON ☐		
	Des appareils dentaires ?	OUI ☐	NON ☐	Des appareils auditifs ?	OUI ☐	NON ☐
	Des piercings ?	OUI ☐	NON ☐	Des patchs cutanés ?	OUI ☐	NON ☐
	Des tatouages ou des maquillages permanents ?	OUI ☐	NON ☐	Date: _____		

Etes-vous diabétique ?	OUI ☐	NON ☐
Si OUI , êtes-vous porteur de:	Une pompe à insuline ?	OUI ☐ NON ☐
	Un capteur de glycémie ?	OUI ☐ NON ☐

AVEZ-VOUS DEJA FAIT DE LA SOUDURE (professionnellement ou en loisir), DE LA MECANIQUE OU DE LA METALLURGIE ?	OUI ☐	NON ☐
ETES-VOUS PORTEUR D'UN ACCESSOIRE METALLIQUE ET/ OU ELECTRONIQUE NE POUVANT ETRE RETIRE	OUI ☐	NON ☐
AVEZ-VOUS EU DES ECLATS METALLIQUES DANS LE CORPS OU AU NIVEAU DES YEUX (même anciens ou retirés) ?	OUI ☐	NON ☐

Si oui, nous serons amenés à faire réaliser une radiographie du crâne avant la pratique de l'IRM

Êtes-vous claustrophobe ?	OUI ☐	NON ☐
<i>Si oui, un calmant peut vous être prescrit par votre médecin traitant</i>		
<i>Si vous êtes une femme,</i>		
Êtes-vous enceinte ?	OUI ☐	NON ☐
Allaitez-vous ?	OUI ☐	NON ☐
Quelle est la date de vos dernières règles : _____		
Quelle est votre mobilité : Marche : ☐ Fauteuil : ☐ Couché : ☐		
Viendra par : ses propres moyens ☐ VSL ☐ Ambulance ☐		

Signature du patient: