

**QUESTIONNAIRE A REMPLIR
ET A RAPPORTER LE JOUR DE L'EXAMEN AVEC VOTRE ORDONNANCE**

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	

RDV IRM PREVU LE :

(Merci de vous présenter impérativement 20 minutes avant l'heure du rdv)

Entourer la réponse:

Porteur d'un stimulateur cardiaque ? (pile cardiaque, pace-maker)	OUI	NON
Porteur d'un capteur de glycémie ? Si oui, contactez nous pour coordonner le rdv avec le changement du capteur	OUI	NON
Opération du cœur ? (valve, stent...) Si oui précisez : Si oui, merci de ramener votre compte rendu opératoire pour les valves.	OUI	NON
Opération de la tête, du cerveau, des yeux ? (clips neurochirurgicaux, agrafes, implants oculaires...) Si oui précisez : Si oui, merci de ramener votre compte rendu opératoire.	OUI	NON
Opération de la colonne vertébrale ? Si oui précisez :	OUI	NON
Eclats métalliques au niveau des yeux ou autre ? (travail des métaux, soudure...) Si oui précisez :	OUI	NON
Appareil dentaire ? (Si oui, il faudra l'enlever pour passer votre IRM)	OUI	NON
Appareil auditif ? (Si oui, il faudra l'enlever pour passer votre IRM)	OUI	NON
Claustrophobe ?	OUI	NON
Enceinte ? Si oui depuis combien de temps ? :	OUI	NON
Allaitement ?	OUI	NON
Allergie au gadolinium ?	OUI	NON
Insuffisance rénale reconnue ?	OUI	NON

TAILLE:	POIDS:
----------------	---------------

En cas de réponse positive à l'une des questions, contactez-nous au 03.45.02.55.50, choix n°3.

Fait à : **Le**/...../.....

Signature :