

# Questionnaire médical IRM Jean Goullard

N° cabine :

PdC :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Votre poids : ..... kg

## Renseignements cliniques (réservé au personnel) :

Traumatisme Oui  Non

Si oui date : .....

Avez-vous déjà passé une IRM ? Oui  Non

Etes-vous insuffisant rénal ? Oui  Non

Etes-vous diabétique ? Oui  Non

Si oui : Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ? Oui  Non

Avez-vous des antécédents allergiques ? Oui  Non

Si oui : Asthme  Allergies médicamenteuses  Urticaire  Eczéma  Autre : .....

### Avez-vous déjà été opéré du cœur ? Oui Non

Si oui, vous êtes porteur d'un(e) : Pacemaker Oui  Non

Stimulateur cardiaque Oui  Non

Stent Oui  Non

Valve cardiaque Oui  Non

Autre : .....

### Avez-vous déjà été opéré de la tête ? Oui Non

Si oui, vous êtes porteur d'un(e) : Valve intracrânienne Oui  Non

Implant oculaire Oui  Non

Prothèse auditive interne Oui  Non

### Autres contre-indications :

Eclat métallique intra-oculaire Oui  Non

### Autres contre-indications :

Opération récente (< 6 semaines) : Oui  Non

Si oui : Pose de prothèse articulaire Oui  Non

Agrafe, suture métallique Oui  Non

Prothèse auditive, dentaire mobile : Oui  Non

Clips vasculaires Oui  Non

Chambre implantable Oui  Non

Vidéo-capsule endoscopique Oui  Non

Bracelet électronique Oui  Non

Patch dermique Oui  Non

### Pour les femmes :

Etes-vous enceinte ? Oui  Non

Allaitiez-vous ? Oui  Non

Date de vos dernières règles : .....

**J'ai lu et donné mon accord pour que l'examen soit réalisé.**

**Si besoin, j'accepte l'injection éventuelle de produit de contraste complémentaire lors de mon examen d'IRM.**

**Pour les mineurs, les parents acceptent par leur signature que l'injection soit réalisée.**

Date :

Signature (des parents pour les mineurs) :