

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

Allaitez-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) :