

**SELARL IMAGERIE MEDICALE AUBOISE**  
**IRM MAMMAIRE**

**NOM :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Médecin généraliste :**

**Prénom :**

**Poids (approximatif) :**

**N° de téléphone :**

**ANTECEDENTS :** (cocher la case correspondante)

- Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ? oui  non   
(Pace maker ou pile cardiaque)

- Avez-vous été opéré du cœur ? oui  non   
(Valve, stent, ...)

**- SI OUI QUAND ET POURQUOI :**

- Avez-vous été opéré des artères ou des veines ? oui  non   
(Pontage, clip, stent, agrafes, filtre, ...)

**- SI OUI QUAND ET POURQUOI :**

- Avez-vous été opéré de la tête ou du cerveau ? oui  non   
(Clips neurochirurgicaux, agrafes...)

**- SI OUI QUAND ET POURQUOI :**

- Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales oui  non   
ayant nécessité : prothèse articulaire, vis, clou, plaque, agrafe, ...

**-SI OUI QUAND ET POURQUOI :**

**-Avez-vous été opéré au cours des 2 derniers mois ?** oui  non

**- SI OUI QUAND ET POURQUOI :**

- Avez-vous déjà eu des éclats métalliques dans les yeux ? oui  non

**- SI OUI, ont-ils été retirés :** oui  non

- Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ? oui  non

- Avez-vous un appareil auditif ? oui  non

- Avez-vous un appareil dentaire ? oui  non

- Etes-vous claustrophobe ? oui  non   
(Crainte d'être enfermé(e))

- Etes-vous porteur d'un dispositif transdermique (patch) ? oui  non

- Pour les patientes, êtes-vous enceinte ? oui  non

- Etes-vous ménopausée ? oui  non

**Si non**, quelles sont les dates de vos dernières règles :

Date :

Signature :