

SELARL D'IMAGERIE MEDICALE AUBOISE

QUESTIONNAIRE IRM

NOM : Prénom :
Date de naissance : Poids :
Téléphone domicile : Portable :

Antécédents (cocher la case correspondante) :

- **Avez-vous déjà été opéré du cœur ou des vaisseaux sanguins ?** oui non

- Pace maker (pile cardiaque) oui non

- Stent oui non

- Valves oui non

- Filtres caves oui non

- **Avez-vous été opéré de la tête ou du cerveau ?** oui non

Si oui, date :

Type d'intervention :

- **Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux ?** oui non

Si oui, date :

Type d'intervention :

- **Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales ?** oui non

(Ayant nécessité : prothèse articulaire, vis, clou, plaques, agrafes...)

Si oui, date

Type d'intervention :

- **Avez-vous subi une intervention au cours des 2 derniers mois ?** oui non

Si oui, date

Type d'intervention :

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

Si oui, ont-ils été retirés : oui non

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

- **Avez-vous un appareil auditif ?** oui non

- **Avez-vous un appareil dentaire ?** oui non

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

- **Des problèmes de mobilité (fauteuil, brancard)** oui non

- **Etes-vous porteur d'une pathologie (VIH, Hépatite...)** oui non

- **Etes-vous allergique ?** oui non

Si allergique au Gadolinium (produit d'injection IRM), quelle réaction faites-vous ?
.....

Pour les patientes :

- **Êtes-vous enceinte ?*** oui non Êtes-vous en cours d'allaitement ? oui non

*** En cas de doute, l'examen sera reporté, il sera nécessaire de réaliser un bilan sanguin afin de confirmer l'absence de grossesse. Une ordonnance vous sera délivrée à cet effet.**

Date :

Signature :