

IRM - CIME CHAMPAGNE

NOM: Prénom:

Date de naissance : / / Poids (approximatif) :

Adresse: Code postal:

Commune: N° de téléphone :

Médecin généraliste (Médecin déclaré) : Dr

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

- SI OUI QUAND ET POURQUOI :

- Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux ? Oui Non

- SI OUI QUAND ET POURQUOI :

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

- 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 en cours d'allaitement ? Oui Non

Questionnaire rempli par : Patient Autre Secrétaire (si impossibilité du patient)

Signature :

Merci de retourner le questionnaire accompagné de la prescription médicale au moins 10 jours avant votre examen.