QUESTIONNAIRE A NOUS RETOURNER IMPERATIVEMENT AVEC LA PRESCRIPTION MEDICALE

EN CAS DE NON RECEPTION DES DOCUMENTS, VOTRE IRM NE POURRA ÊTRE RÉALISÉE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT

Nom, Prénoms :

Date de naissance :

Adresse complète :

Tel domicile :

Tel portable :

Poids :

Taille :

Profession :

RENSEIGNEMENTS

1. Marchez-vous : ☐ Seul(e) ☐ Canne ou au bras ☐ Fauteuil ☐ Pas du tout
2. Avez-vous, une fois dans votre vie : - Bricolé des métaux (meulé ou soudé) sans lunettes ☐ Oui ☐ Non
   - Reçu un éclat métallique dans un oeil ? ☐ Oui ☐ Non
3. Etes-vous claustrophobe ? : ☐ Oui ☐ Non

ANTECEDENTS DE CHIRURGIE

4. Opération du coeur ? : ☐ Oui ☐ Non
   - Un pacemaker (pile cardiaque) ? ☐ Oui ☐ Non
   - Une valve cardiaque ? ☐ Oui ☐ Non
   - Un défibrillateur implantable ? ☐ Oui ☐ Non
5. Opération du crâne ou des oreilles ? ☐ Oui ☐ Non
   - Clips, Coils, Valve de dérivation ? ☐ Oui ☐ Non
   - Implant cochléaire ? ☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous du métal dans le corps ? ☐ Oui ☐ Non
   (plaque, vis, antécédent d'éclat métallique)
7. Avez-vous été opéré il y'a moins de 2 mois ? ☐ Oui ☐ Non

Date, nature de l'intervention
+ Fournir une copie de la carte du matériel implanté :

Localisation et date d'intervention

Veuillez nous signaler tout intervention que vous pourriez subir avant la date de votre rendez-vous

8. Etes-vous en traitement de chimiothérapie ? Si oui ☐ Voie orale ☐ Chambre implantable ☐ Non
9. Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ☐ Oui ☐ Non
   - En cours d'allaitement ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous être contacté en cas de désistement ? ☐ Oui ☐ Non

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer.

Merci de nous informer de toute maladie sérieuse ou dates d'interventions antérieures.

Commentaires :

Date et signature obligatoire :