

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

RADIOLOGIE GENERALE – INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE – DOPPLER COULEUR – SCANNER – IRM – DENSITOMETRIE OSSEUSE

Nom – Prénom :

Adresse :

Code postal et ville :

Date de naissance :

Tel portable :

Tel fixe :

Disponibilités :

QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'EXAMEN IRM :

1 - Avez-vous une pile cardiaque (pacemaker) ? Oui Non

2 - Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ? Un neuro-stimulateur ? Un capteur
Glycémie per cutané ? Oui Non

3- Avez-vous soudé ou meulé des métaux sans protection oculaire au moins une
Fois, même s'il y a longtemps ? Oui Non

4- Avez-vous subi une intervention orthopédique avec mise en place de matériel
Dans les 6 dernières semaines ? Oui Non

5 - Etes-vous porteur d'implant cochléaire (oreilles) ? Oui Non

→ Si oui aux questions 1, 2, 3, 4 ou 5, contactez le service IRM au 02.43.64.13.31.

6 - Avez-vous subi une opération chirurgicale au cerveau ? Oui Non

7 - Avez-vous une endoprothèse ou clips chirurgicaux ? Oui Non

8 – Avez-vous été opéré d'une hernie discale ? Si oui : quelle année ? Oui Non

9 - Avez-vous une prothèse auditive ou dentaire Oui Non

10- Portez-vous un patch cutané ? Un piercing ? Oui Non

11- Avez-vous la crainte de prendre un ascenseur ? Etes-vous claustrophobe ? Oui Non

12- Avez-vous une maladie rénale ou insuffisance rénale connue ? Oui Non

13- Indiquez votre poids et taille (utile pour le réglage de la machine) :kg / m

14- Certains médecins du centre d'imagerie médicale appliquent un dépassement
d'honoraires (30 euros), l'acceptez-vous ? Oui Non

→ Si vous êtes une femme :

15- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui Non

16- Allaitiez-vous ? Oui Non

17- Date de vos dernières règles :

Date de vos prochaines règles (Obligatoire pour certains examens) :

Date :

Signature :