

# CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

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

## 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 ?  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) ou oculaire (yeux) ?  Oui  Non

→ **Si oui aux questions 1,2,3,4,5, Contacter le service IRM au 02.43.64.13.31**

- 6 - Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale au cerveau ?  Oui  Non
- 7 - Avez-vous en endoprothèse ou clips chirurgicaux ?  Oui  Non
- 8 - Avez-vous été opéré d'une hernie discale ? Si oui, en 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 une insuffisance rénale connue ?  Oui  Non
- 13 - Indiquez vos poids et taille (utile pour le réglage de la machine) : ... kg / ..... m  Oui  Non
- 14 - Certains médecins du centre d'imagerie médicale appliquent un dépassement d'honoraires, 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

Je reconnais avoir pris connaissance de ce questionnaire.

RENDEZ-VOUS PREVU LE :

NOM :      POIDS :      Kg      NE(E) LE :

DATE : .....SIGNATURE : .....