

# Formulaire de pré rendez-vous pour un IRM

Vous avez la possibilité de compléter ce questionnaire au préalable, puis de vous rendre au cabinet, muni de ce dernier, de votre carte vitale et de l'ordonnance.

Adresse e-mail : ..... Prénom, NOM : .....

N° de téléphone : ..... Date de naissance : .....

Poids : .....

Avez-vous un tuteur légal ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Avez-vous un pace maker ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous subi une opération du coeur ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous subi une opération du cerveau ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous subi une opération des artères ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous subi une opération de la cataracte ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous subi une autre opération ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous pu recevoir des projectiles métalliques ? (éclats métalliques, balles, éclats d'obus) même il y a longtemps, notamment près des yeux ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous travaillé sur des métaux ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Avez-vous un appareillage, une prothèse, un corps étranger quelconque (implant, filtre cave, piercings, ...) ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Êtes-vous claustrophobe ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Êtes-vous enceinte ? Ou susceptible de l'être ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Allaitez-vous ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu des réactions allergiques ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....

Êtes-vous porteur d'un tatouage (y compris Eyeliner permanent) ?  Oui  Non

Précision : .....

Avez-vous des problèmes d'insuffisance rénale ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Êtes-vous porteur d'une pompe à insuline ou de chimiothérapie ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Précision : .....