



Questionnaire

A remettre complété et signé le jour de votre :
IRM pelvienne



Madame, ROYER Paulette

IPP : 8002071007

Poids :

L'IRM nécessite l'utilisation d'un puissant aimant, susceptible de faire bouger tout corps métallique.

Il est donc important pour votre sécurité et votre confort de répondre aux questions suivantes :

Êtes-vous porteur :

(entourez la réponse correspondante)

- d'un stimulateur cardiaque (PACE MAKER) ? OUI NON

- de VALVE CARDIAQUE, STENT, PROTHÈSE AORTIQUE ? OUI NON

Si oui, précisez sa référence : date de pose :

- de CLIPS VASCULAIRES ou NEUROCHIRURGICAUX ? OUI NON

Si oui, précisez sa référence : date de pose :



Si vous avez répondu OUI à l'une des 3 questions ci-dessus, veuillez nous appeler au 01 56 01 62 79 ou contactez le médecin prescripteur de l'examen.

- d'un Stent ? OUI NON

- de prothèse ou d' implants auditifs ? OUI NON

- d'un appareil dentaire amovible ? OUI NON

- de prothèse orthopédique ? OUI NON

Avez-vous été exposé ou avez-vous reçu des fragments métalliques ? OUI NON
(travailleur dans la métallurgie)

Présentez-vous des antécédents d'allergie grave ? OUI NON

Êtes-vous claustrophobe ? OUI NON

Madame, pensez-vous être enceinte, ou susceptible de l'être ? OUI NON

Madame, allaitez-vous ? OUI NON

Avez-vous des piercings ? *Il sera obligatoire de les retirer pour l'examen.* OUI NON

Êtes-vous suivi dans le cadre d'une insuffisance rénale sévère ? OUI NON



Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

DATE :

SIGNATURE :