



Questionnaire

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



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 ?<br>Si oui, précisez sa référence : | OUI | NON |
| date de pose :  |     |     |
| - de CLIPS VASCULAIRES ou NEUROCHIRURGICAUX ?<br>Si oui, précisez sa référence :    | OUI | NON |
| 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 <u>amovible</u> ? | OUI | NON |
| - de prothèse orthopédique ?               | OUI | NON |

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

OUI      NON

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 :