



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 ? | 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 <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 :