

## Questionnaire demande IRM Consultations externes

Réf : DPA/FOR/DME/270  
Version : 1.0  
Etat : Applicable  
Mise en application :  
14/11/2022

Nom:			Date de naissance:	
Nom de naissance :			HOMME <input type="checkbox"/>	FEMME <input type="checkbox"/>
Prénom:			Poids:	
Adresse:			Taille:	
Ville :				
Téléphone:	MAIL:			

### ***Veillez indiquer par une croix votre réponse aux questions***

Avez-vous déjà fait une IRM?		OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré:	Du cœur ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Du cerveau ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Des oreilles ? Des yeux ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Autre (précisez l'opération et la date):				
Avez-vous :	Un holter/défibrillateur ? (il faut nous fournir la carte)	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Un pacemaker (pile cardiaque) ? (il faut nous fournir la carte)	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? (il faut nous fournir la carte)	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Des clips cérébraux ? Neurostimulateur ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Un ou des stents ? Valve de dérivation ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Une prothèse (mammaires, genou, hanche, ...) ?	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Références des prothèses mammaires :				
	Des agrafes ou des broches ? Localisation:	OUI <input type="checkbox"/>	Date:		NON <input type="checkbox"/>
	Des appareils dentaires ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Des appareils auditifs ?	OUI <input type="checkbox"/>
	Des piercings ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Des patchs cutanés ?	OUI <input type="checkbox"/>
	Des tatouages ou des maquillages permanents et <b>quand</b> ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		

Etes-vous diabétique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , êtes-vous porteur de:	Une pompe à insuline ?	OUI <input type="checkbox"/>
	Un équipement FREESTYLE LIBRE ?	OUI <input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS DEJA FAIT DE LA SOUDURE (professionnellement ou en loisir), DE LA MECANIQUE OU DE LA METALLURGIE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ETES-VOUS PORTEUR D'UN ACCESSOIRE METALLIQUE ET/ OU ELECTRONIQUE NE POUVANT ETRE RETIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AVEZ-VOUS EU DES ECLATS METALLIQUES DANS LE CORPS OU AU NIVEAU DES YEUX (même anciens ou retirés) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### ***Si oui, nous serons amenés à faire réaliser une radiographie du crâne avant la pratique de l'IRM***

Êtes-vous claustrophobe ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b><i>Si oui, un calmant peut vous être prescrit par votre médecin traitant</i></b>		
<b><i>Si vous êtes une femme,</i></b>		
Êtes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allaitiez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Quelle est la date de vos dernières règles :		
Quelle est votre mobilité : Marche : <input type="checkbox"/> Fauteuil : <input type="checkbox"/> Couché : <input type="checkbox"/>		

**Date et signature du patient:**