

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Etes-vous porteur de :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▶ stimulateur cardiaque (pace –maker / pile cardiaque) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ neuro-stimulateur | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ matériel d'injection automatisée implanté | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ prothèse valvulaire (valve cardiaque, endoprothèse...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ clips neurochirurgicaux et vasculaires (stents...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ implant au niveau des oreilles | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ prothèse métallique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ corps étranger intraoculaire (éclat métallique au niveau des yeux) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Vous devez également nous prévenir si vous :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▶ êtes enceinte <u>ou</u> susceptible de l'être | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ êtes diabétique si <u>oui</u> , êtes-vous porteur d'un capteur de glycémie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ avez des allergies connues | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ êtes en insuffisance rénale sévère | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ êtes claustrophobe | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ avez déjà eu une injection de Gadolinium lors d'une IRM | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ➤ avez-vous eu des effets secondaires ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▶ avez déjà subi des interventions chirurgicales | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ➤ Si <u>oui</u> , lesquelles ? | | |

.....

Je soussigné,

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

Date de naissance : Poids :.....kg

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'IRM, avoir compris les informations s'y trouvant et donne son accord pour que l'examen soit réalisé.

Le Date de l'examen :

Signature :