

Nom et Prénom :

Avez-vous:

Pacemaker, stimulateur ou défibrillateur cardiaque implantée	OUI	NON
Neurostimulateur?	OUI	NON
Implant cochléaire (aide auditive avec pile fixée dans les oreilles)?	OUI	NON
Éclats métalliques dans les yeux ou près des yeux? Ailleurs?	OUI	NON
Clip(s) vasculaire dans le cerveau?	OUI	NON
Pompe à médicaments implantée (Baclofen,...)?	OUI	NON
Valve cardiaque?	OUI	NON
Catheter ou valve dans la tête ou dans le ventre?	OUI	NON
Timbre transdermique? (Nitroderm, Nicopatch,...)	OUI	NON
Tatouage(s) ou maquillage permanent?	OUI	NON
Avez-vous un dentier? Fixe / mobile?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu une crise d'épilepsie?	OUI	NON
Pour les femmes: êtes-vous enceinte?	OUI	NON
Pour les femmes: allaitez-vous?	OUI	NON
Pour IRM des seins: dernières menstruations: .. / .. / 20 .. Pilule?	OUI	NON
Pour IRM abdomen: avez-vous le glaucome / hypertension des yeux?	OUI	NON
Problèmes rénales, opérations rénales, transplant de foie ou rein, ...	OUI	NON
Si oui: fonction rénale récente : GFR. sur date de: .. / .. / ' ..		

- Quelles **opérations chirurgicales** avez-vous subies? Prothèses?
.....
..... Opération à moins de 6 semaines? OUI NON
- Quelle(s) **allergie(s)** avez-vous?
- **Médication** utilisée:
.....
- Poids (environ) kg (afin de calibrer la machine)

Aucun objet métallique ne peut entrer la salle de la machine IRM:
méfiez-vous des boutons de vêtements, ceinture, soutien-gorge, dentiers, boucles d'oreilles,
piercings, portefeuille, cartes bancaires, montre, téléphone portable, aides auditive, ...
Si nécessaire, un vêtement hospitalier est à votre disposition.

Date:

Signature patient

Pour Service de Radiologie: Questionnaire vérifiée par: Approuvé pour IRM? OUI / NON