



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE QUESTIONNAIRE IRM

	COCHER votre réponse	
Etes-vous porteur d'un PACE-MAKER (pile électrique, stimulateur cardiaque) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous porteur d'un clip artériel intracrânien ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous porteur d'une valve cardiaque ou d'un stent ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous susceptible d'avoir reçu des éclats métalliques dans les yeux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous porteur d'un appareil dentaire ou d'une prothèse auditive ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous du métal dans le corps ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous porteur d'un système électronique (pompe insuline, Capteur à Glycémie, etc.) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Madame, êtes-vous susceptible d'être enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

POIDS en Kg :

TAILLE en cm :

Date :

Signature :