



QUESTIONNAIRE À RAMENER REMPLI AU SERVICE IRM LE JOUR DE VOTRE EXAMEN

SI VOUS REPONDEZ **OUI** A L'UNE DE CES QUESTIONS,
VEUILLEZ NOUS CONTACTER AU PLUS VITE AU **05 56 12 16 93**

NOM :

PRÉNOM :

POIDS :

1. Avez-vous déjà été opéré au niveau du cœur ou des vaisseaux (pace maker, clips, valve)?

OUI **NON**

2. Avez-vous déjà été opéré au niveau du crâne, de l'œil ou de l'oreille ?

OUI **NON**

3. Avez-vous déjà reçu de la limaille de fer ou des éclats métalliques dans les yeux (récemment ou même s'il y a très longtemps, même retirés par un ophtalmologue) ou dans le corps ?

si oui, contactez-nous pour connaître la marche à suivre, sinon, votre examen pourra être annulé.

OUI **NON**

4. Etes-vous allergiques ou avez-vous des antécédents allergiques (iode, médicaments, aliments, rhume des foins, oedème de Quincke, urticaire, asthme, autre) ?

si oui, contactez-nous, car TOUT examen peut être finalisé par une injection de produit de contraste.

OUI **NON**

5. Etes-vous sous bêta-bloquants ?

OUI **NON**

6. Etes-vous insuffisant rénal ?

OUI **NON**

7. Avez-vous subi une transplantation hépatique ?

OUI **NON**

8. Etes-vous diabétique sévère ?

OUI **NON**

9. Madame, êtes-vous enceinte ou avez-vous un retard de règles ?

OUI **NON**

10. Monsieur, avez-vous un implant pénien ?

OUI **NON**

11. Votre poids est-il supérieur à 135 Kg ?

OUI **NON**

Merci de votre attention,

DATE :

SIGNATURE :