



Questionnaire tomographie par résonance magnétique (IRM)

Chère patiente, cher patient,

Veuillez remplir consciencieusement le présent questionnaire.

Si vous avez des questions ou des doutes, n'hésitez pas à contacter notre équipe.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____			
Avez-vous ...	un stimulateur cardiaque ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une valve cardiaque artificielle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	un neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une pompe anti-douleur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une pompe à insuline ? Un système de mesure du taux de glycémie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	des fragments métalliques dans le corps ? (P. ex. dans les yeux)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Portez-vous ...	un appareil auditif ? (Veuillez l'enlever avant l'examen.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une prothèse dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	un support magnétique pour la prothèse dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous ...	un tatouage ? (>20cm)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	du métal sur ou dans votre corps ? <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Articulations artificielles <input type="checkbox"/> Vis <input type="checkbox"/> Clips <input type="checkbox"/> Stents <input type="checkbox"/> Aiguilles d'acupuncture <input type="checkbox"/> Blessures par balles <input type="checkbox"/> Autre Où ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prenez-vous ...	des médicaments anticoagulants ? <input type="checkbox"/> Aspirin Cardio <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu une opération ...	du cœur ? Quoi ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	de la tête ? (Cerveau, oreilles, yeux) Quoi ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous ...	d'asthme ou d'allergies, notamment aux substances de contraste ? Lesquelles ? _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	de claustrophobie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> de diabète ou <input type="checkbox"/> d'une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour les femmes	Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Allaitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre poids : _____ kg			

Par la présente, je confirme avoir pris acte des informations et avoir répondu aux questions susmentionnées conformément à la vérité. Par ma signature, je donne l'accord pour l'examen.

Date : _____

Signature : _____