SELARL DU NEDON - **IRM DE L'OLIVIER**
☎ : 04.42.55.05.66
Fax : 04.42.55.76.33
Email : irmistres@gmail.com

N° finess 130042120

QUESTIONNAIRE D'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE

Vous devez vous présenter muni de ce formulaire rempli le jour de l'examen MERCI

- Avez-vous une **pile cardiaque (pacemaker)** ? oui ☐ non ☐
- Avez-vous été opéré du cœur pour **une valve cardiaque** ? oui ☐ non ☐
- Avez-vous subi une **opération du cerveau** ? oui ☐ non ☐
- Avez-vous reçu **des projectiles métalliques** (éclats métalliques, balles …) notamment prés **des yeux ?** oui ☐ non ☐

⚠ ***Si vous avez répondu « OUI » à une de ces 4 premières questions***

Merci de contacter le secrétariat de l'IRM au 04-42-485-485

- Avez-vous subi une autre opération ? oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle ou lesquelles ? ……...

- Avez-vous une **INSUFFISANCE RENALE** connue ? oui ☐ non ☐
- Avez-vous travaillé sur **des métaux** ? oui ☐ non ☐
- Avez-vous **un appareillage ou une prothèse** quelconque ? oui ☐ non ☐
- Êtes-vous susceptible d'être **claustrophobe** (peur de l'ascenseur) ? oui ☐ non ☐
- ***Mesdames,*** êtes vous **enceinte** ou susceptible de l'être ? oui ☐ non ☐
- Allaitez-vous ? oui ☐ non ☐

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : POIDS :

LE : SIGNATURE :

Le personnel médical reste à votre disposition pour toute autre information