

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL  
EAUBONNE MONTMORENCY

Tél. : 01 34 06 66 00 – Site Internet : [www.chiem.org](http://www.chiem.org)

Site d'Eaubonne  
14, rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE

Site de Montmorency  
1, rue Jean Moulin–BP106 95160 Montmorency

**Questionnaire en vue d'un examen IRM**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Poids : .....

Avant tout examen IRM, il est important de répondre avec le plus grand soin à ce questionnaire. Il doit permettre au radiologue de déterminer si vous ne présentez pas de contre-indications notamment en raison de la présence de certains objets ou implants métalliques.

Etes-vous porteur de ? .....

- |  | Oui                      | Non  |
|--|--------------------------|--|
| ◆ <u>Stimulateur cardiaque</u> (pace maker)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ <u>Stent</u>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Date de la pose : ..... |
| ◆ <u>Clips intra-crâniens</u> (posé avant 1990)                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ <u>Corps étrangers intra-oculaires</u>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Valve cardiaque  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Pompe insuline   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Chambre implantable  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Valve de dérivation ventriculaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Eclats métalliques<br>*(balle, épingle fragment d'obus etc.)<br>*(dans les yeux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Prothèse oculaire, auditive  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Appareil dentaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Prothèse articulaire, ostéosynthèse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Agrafe métallique,   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| ◆ Lentilles et maquillage  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| <u>Aviez-vous travaillé sur des métaux ?</u>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| Meulé ou soudé même il y a longtemps   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| <u>Etes-vous ?</u>   |                          |  |
| Claustrophobe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| Allergique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| Diabétique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| Insuffisant rénal  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| En cours d'allaitement   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| <u>Y a-t-il risque de grossesse ?</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |
| Aviez-vous passé récemment un TEP SCAN ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Quand ? .....           |
| Aviez-vous passé récemment une scintigraphie ?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Quand ? .....           |

Adresse

Date

Signature