

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
EAUBONNE MONTMORENCY

Tél. : 01 34 06 66 00 – Site Internet : 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*(balle, épingle fragment d'obus etc.)

*(dans les yeux)

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ◆ 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"/> |

Aviez-vous travaillé sur des métaux ?

Meulé ou soudé même il y a longtemps Oui Non

Etes-vous ?

Claustrophobe Oui Non

Allergique Oui Non

Diabétique Oui Non

Insuffisant rénal Oui Non

En cours d'allaitement Oui Non

Y a-t-il risque de grossesse ? Oui Non

Aviez-vous passé récemment un TEP SCAN ? Oui Non Quand ?

Aviez-vous passé récemment une scintigraphie ? Oui Non Quand ?

Adresse

Date

Signature