

CHVR - Questionnaire IRM Patient ambulatoire



Ce questionnaire doit être rempli avant l'examen par le patient

Nom Prénom

Date de naissance Date de l'examen

Avez-vous déjà eu un examen I.R.M. ?

Oui	Non
☐	☐

Etes-vous porteur de l'un des dispositifs suivants pouvant gêner ou interdire l'examen ?

	Oui	Non		Oui	Non
Pacemaker	☐	☐	Corps étranger intra-oculaire	☐	☐
Neurostimulateur	☐	☐	Eclats d'obus ou objets métalliques	☐	☐
Pompe à insuline	☐	☐	Avez-vous subi une intervention chirurgicale	☐	☐
Dérivation ventriculo-péritonéale	☐	☐	<i>Si oui, laquelle et quand ?</i>		
Valve cardiaque	☐	☐	Patch pour diffusion médicamenteuse	☐	☐
Capsule endoscopique digestive	☐	☐	Clips neurochirurgicaux, coils	☐	☐
<i>Modèle : Type :</i>			Prothèse auditive	☐	☐
<i>Mis en place le :</i>			Prothèse dentaire	☐	☐
<i>Veuillez présenter la carte du dispositif implanté en même temps que ce document SVP.</i>			Prothèse articulaire	☐	☐

Poids :kg Taille :cm Allergies :

Si vous êtes une femme

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous en période d'allaitement ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les IRM du pelvis ou des seins, veuillez préciser la date de vos dernières règles :

Par ma signature, je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature :