

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance:

Prénom: \_\_\_\_\_

Poids :  kg

Taille :  cm

	OUI	NON
Avez-vous déjà subi un examen par résonance magnétique (IRM)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un pacemaker, défibrillateur implantable ou d'un neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une intervention au niveau du cœur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cerveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des morceaux de métal dans le corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implants, prothèse, valve cardiaque, stents ou clips après intervention chirurgicale, stérilet, piercing</li> <li>• Eclats métalliques (en particulier dans les yeux)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies médicamenteuses ou alimentaires ou d'asthme? Si oui, lesquelles: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un tatouage ou maquillage permanent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un appareil acoustique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des prothèses dentaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un patch transdermique (ex. NICOTINELL®, SCOPODERM®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une opération dans la région à examiner? Si oui, laquelle: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quand? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Pour les femmes :</b>		
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques / compléments d'informations? _____		

Par ma signature, je confirme avoir lu le document « Information Patient IRM » et avoir compris et répondu correctement au présent questionnaire et donne mon accord à la réalisation de l'examen. Pour une meilleure évaluation de mon cas, j'accepte qu'Affidea puisse faire la demande d'anciens rapports ou examens.

Signature du patient: \_\_\_\_\_

Date :