

# GIE IRM LYON NORD

Merci de remplir ce questionnaire de la façon la plus complète.

Nom : Prénom : Date de naissance : Taille : Poids : Partie du corps à examiner :	<b>RÉSERVÉ AU SERVICE</b>			
	Créat :    oui non	Externe	Hospitalisé	
	ALD :      Oui non	<u>Produit apporté :</u>		
	Examens : oui non	Non	Dotarem	
	antérieurs	Gadovist	Clariscan	
	Indications : .....			

- Avez-vous déjà passé une IRM ?  oui  non
- Si OUI, est-ce pour la même cause ?  oui  non
- Avez-vous déjà été opéré(e) :
- De la tête .....  OUI  non
  - Du cœur .....  OUI  non
  - Des oreilles .....  OUI  non
  - Des artères / veines .....  OUI  non
- Etes-vous porteur(se) de :
- Pile cardiaque/ Pacemaker/ Stimulateur/ Valve  OUI  non
  - Eclat de métal dans les yeux (disqueuse, soudure...)  OUI  non
  - Stent / Clip vasculaire  OUI  non
  - Patch / Capteur de glycémie  OUI  non
  - Matériel orthopédique (vis/ prothèse/ broche...)  OUI  non
  - Implant cochléaire (oreille interne)  OUI  non
- Avez-vous :
- Un appareil auditif  oui  non
  - Un appareil dentaire/ bridge/ dentier...  oui, mobile  non  
 oui, fixe
- Madame, êtes-vous susceptible d'être enceinte ?  oui  non
- Madame, êtes-vous en cours d'allaitement ?  oui  non

Date : le

Signature :