

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 :

RÉSERVÉ AU SERVICE

Créat:	oui non	Externe	Hospitalisé
ALD:	oui non	<u>Produit apporté:</u>	
Examens: antérieurs	oui non	NON	Dotarem Gadovist Clariscan

Indications:
.....
.....

- Avez vous déjà passé une IRM ? oui non
- Si OUI, est ce pour la même cause ? oui non
- Avez-vous une insuffisance rénale ? ne sais pas oui non
- Avez vous déjà été opéré(e):
- De la tête oui non
 - Du coeur 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: