

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... téléphone : .....

Mail : ..... @.....

Médecin traitant : ..... Médecin prescripteur : .....

Poids : ..... Taille : .....

**Merci d'apporter TOUS vos anciens clichés de mammographies**

- Y a-t-il des antécédents familiaux de cancer du sein ?  OUI  NON
  - o Si OUI du côté maternel ou paternel ? .....
  - o Qui ? .....
  - o A quel âge la maladie s'est-elle déclarée ?.....
- Prenez-vous un traitement substitutif ? :  OUI  NON
- Date des dernières règles : ...../...../.....

**Veillez remplir le questionnaire médical ci-dessous et venir muni du document le jour de l'examen**Avez-vous déjà passé une IRM ?  OUI  NONEtes-vous claustrophobe ?  OUI  NONAvez-vous des allergies ?  OUI  NON

- o Si oui lesquelles ? .....

▶ **Avez-vous un Dispositif Médical Implantable ?**  OUI  NON

(Pacemaker, neurostimulateur, déviation ventriculaire, valve cardiaque, prothèse aortique, implant cochléaire, ...)

**Si oui, veuillez nous contacter (fournir les références du matériel avant le jour de l'examen)**▶ **Etes-vous porteur :**  OUI  NON

- De clips chirurgicaux ?  OUI  NON
- De prothèse dentaire, auditive ?  OUI  NON

▶ **Etes-vous diabétique ?**  OUI  NON

- Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ?  OUI  NON

▶ **Grossesse et allaitement :**  OUI  NON

- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?  OUI  NON
- Etes-vous en période d'allaitement ?  OUI  NON

▶ **Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques dans les yeux ?**  OUI  NON

Si vous êtes ou avez été travailleur sur métaux, par profession ou par loisir (meulage, soudure, etc...) si vous avez déjà eu un corps étranger intra oculaire, vous devez passer une radiographie du crâne et des orbites avant l'IRM, veuillez pour cela contacter le service de radiologie.

L'examen IRM ne pourra être réalisé que si ces radiographies ne mettent pas en évidence de corps étranger métallique.

**CONSENTEMENT :**Je donne mon consentement à la réalisation de cet examen  OUI  NON

Date de l'examen : ...../...../.....

Signature :