



NOM : Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville : téléphone :

Mail : @.....

Médecin traitant : Médecin prescripteur :

Poids : Taille :

- Y a-t-il eu une ou des grossesses ? OUI NON
 - o Avez-vous eu une césarienne ? OUI NON
 - o Etes-vous ménopausée ? Oui NON
 - o Si oui depuis quand ?.....
- 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 NON

Etes-vous claustrophobe ? OUI NON

Avez-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 :**

- 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 :**

- 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 :