

QUESTIONNAIRE RM

Veillez cocher (X) et souligner ou mentionner ce qui convient.

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance	
Prénom	Poids kg	Taille cm

Afin de pouvoir procéder aux examens nécessaires de la manière la plus simple et la plus optimale qui soit, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes:

Examen(s) RM antérieur(s)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quel hôpital?		
Souffrez-vous de claustrophobie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

AVEZ-VOUS

un stimulateur cardiaque?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
une valve cardiaque artificielle?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
subi une opération à cœur ou à crâne ouvert? Si oui, quand?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans quel hôpital?		
une prothèse articulaire ou une plaque métallique (p.ex. genoux, hanches, épaules)? Si oui, où?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
des clips implantés dans votre corps (p.ex. ventre, autres parties du corps)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
des éclats métalliques/d'obus ou de grenade dans le corps ou dans les yeux?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
un neurostimulateur, une pompe à insuline ou une pompe PCA?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PORTEZ-VOUS

un implant cochléaire ou un appareil auditif?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
une prothèse dentaire?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
des tatouages, un maquillage permanent, des piercings ou des implants microdermaux? Si oui, depuis quand?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins ou des troubles de la fonction rénale? Oui Non

Prenez-vous des médicaments anticoagulants? Oui Non

Savez-vous si vous êtes allergique aux produits de contraste? Oui Non

Avez-vous déjà pris un rendez-vous avec le médecin référent? Oui Non

Si oui, quand?

POUR LES FEMMES:

Est-il possible que vous soyez enceinte ou allaitez-vous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un stérilet? Si oui, lequel?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

J'ai compris les questions et répondu correctement.

Date: **Signature:**

Date: **Visa IM:**

