

GIE IMOA - IRM

FICHE D'INFORMATION MEDICALE

1. QUESTIONNAIRE

COCHER LA BONNE REPONSE

- ❖ Avez-vous déjà passé une IRM : OUI NON
- ❖ Avez-vous une pile cardiaque : OUI NON
- ❖ Avez-vous une pompe à insuline : OUI NON

- ❖ Avez-vous eu une opération :
 - Crâne : OUI NON
 - Cœur : OUI NON
 - Vaisseaux : OUI NON

- ❖ Avez-vous une prothèse :
 - Dentaire (pivot, bridge, dentier, couronnes) : OUI NON
 - Oculaire (implant cataracte, autre...) : OUI NON
 - Auditive : OUI NON
 - Autres (broches, vis prothèses...) : OUI NON

- ❖ Avez-vous déjà reçu des éclats métalliques (limailles de fer) dans les yeux : OUI NON

- ❖ Madame, êtes-vous enceinte : OUI NON

- ❖ En cas d'injection, avez-vous déjà eu des problèmes d'allergie : OUI NON

2. CONSENTEMENT

- ❖ Acceptez-vous la réalisation de l'examen IRM : OUI NON

- ❖ Date de l'examen :
- ❖ Nom :
- ❖ Prénom :
- ❖ Date de naissance :
- ❖ Taille :
- ❖ Poids :

- ❖ Merci de votre collaboration

Signature