

Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Nom de naissance : **Prénom de naissance** :

Nom utilisé : **Prénom utilisé** :

Date de naissance :/...../.....

Poids: kgs **Taille**: cms

Adresse e-mail@.....

Téléphone portable :

Pour pouvoir poser le rdv, il est impératif de nous renvoyer ce document



Avez-vous été opéré dans les 6 dernières semaines ? NON OUI (précisez).....



Etes-vous porteur de l'un des matériels suivants ?

	OUI	NON	Date et référence
-Dispositif cardiaque (Pace-maker ? Défibrillateur ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Valve cardiaque (biologique, mécanique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Stent(s) posé(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Implant cochléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Neurostimulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Pompe à insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Capteur de glycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez « OUI » à une de ces questions, il est impératif de contacter rapidement le secrétariat car l'examen ne sera peut-être pas réalisable au 02-97-79-00-10 ou secretariat.imagerie@ch-centre-bretagne.fr

	OUI	NON
• Avez-vous déjà eu une IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Souffrez-vous d'une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous reçu un éclat métallique dans l'œil ou dans le corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous des appareils auditifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous un patch, un pansement transdermique (hormonal, nicotine...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faites-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous subi une opération du cerveau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous une prothèse articulaire (genou, hanche, épaule...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :

Signature :

