



**Pour votre sécurité et le bon déroulement de votre examen, nous vous remercions de remplir ce questionnaire**

1. **Avez-vous déjà eu un examen IRM ?**  oui  non
2. **Quel est votre poids ? Quelle est votre taille ?** \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm
3. **Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?**  oui  non  
*Date de vos dernières règles : \_\_\_\_\_*
4. **Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?**  oui  non  
*Si oui, laquelle (lesquelles) : \_\_\_\_\_*
5. **Est-il possible que vous ayez reçu des éclats métalliques dans les yeux ?**  oui  non
6. **Avez-vous une quelconque pièce métallique sur ou dans votre corps ?**  oui  non  
**Si oui laquelle ?**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque / Pacemaker / Défibrillateur / Electrodes | <input type="checkbox"/> Corps étrangers type plomb, éclats d'obus, balle, agrafes, sutures métalliques, ... |
| <input type="checkbox"/> Valve cardiaque   | <input type="checkbox"/> Prothèses orthopédiques (plaque, clou, vis, broche, ...)                            |
| <input type="checkbox"/> Drain ventriculo-péritonéal                                     | <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires   |
| <input type="checkbox"/> Pompe d'antalgie / Neurostimulateur                             | <input type="checkbox"/> Patch   |
| <input type="checkbox"/> Pompe à insuline  | <input type="checkbox"/> Tatouage(s) récent(s)   |
| <input type="checkbox"/> Stent, filtre cave, endoprothèse                                | <input type="checkbox"/> Piercing(s)   |
| <input type="checkbox"/> Port-à-cath   | <input type="checkbox"/> Autres : _____  |
| <input type="checkbox"/> Clips cérébraux ou vasculaires                                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Prothèse auditive ou implant auditif                            | _____  |
| <input type="checkbox"/> Prothèses mammaires   |  |
7. **Souffrez-vous d'une insuffisance rénale ?**  oui  non
8. **Souffrez-vous d'un glaucome (hypertension oculaire) ?**  oui  non
9. **Avez-vous un traitement pour le diabète ?**  oui  non
10. **Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_**  oui  non

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du patient :** \_\_\_\_\_ **Signature du soignant TRM :** \_\_\_\_\_