



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

1. **Votre enfant a-t-il déjà eu un examen IRM ?**  oui  non
2. **Quel est son poids ? Quelle est sa taille ?** \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm
3. **A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?**  oui  non  
*Si oui, laquelle (lesquelles) :* \_\_\_\_\_
4. **Est-il possible qu'il ait reçu des éclats métalliques dans les yeux ?**  oui  non
5. **A-t-il une quelconque pièce métallique sur ou dans le corps ?**  oui  non  
**Si oui laquelle ?**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Drain ventriculo-péritonéal                      | <input type="checkbox"/> Appareil dentaire |
| <input type="checkbox"/> Pompe à insuline                                 | <input type="checkbox"/> Piercings         |
| <input type="checkbox"/> Prothèse auditive ou implant                     | <input type="checkbox"/> Autres : _____    |
| <input type="checkbox"/> Prothèses orthopédiques (plaque, vis, clou, ...) | _____                                      |
6. **Est-il connu pour une insuffisance rénale ?**  oui  non
7. **A-t-il des allergies**  oui  non  
*Si oui, lesquelles :* \_\_\_\_\_

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

**Nom & prénom du représentant légal :** \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal :** \_\_\_\_\_

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