QUESTIONNAIRE DE CONTRE-INDICATION

Afin de valider votre dossier, nous vous invitons à compléter ce questionnaire en répondant à toutes les questions.

IMPORTANT **Les examens IRM nécessitent certaines précautions.** **Il est indispensable pour qu'ils puissent être correctement réalisés, que le questionnaire suivant soit convenablement rempli. Des indications incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen inutile, de mauvaise qualité, ou être cause d'accident.**	**Votre poids** **Kg** **Nom :** **Prénom :** **Votre date de naissance :** **Tél :**

	OUI	**NON**
Avez-vous déjà eu un examen IRM ? Si oui, précisez la date		
Avez-vous subi une intervention chirurgicale récemment (dans les 6 semaines) ? Si oui, précisez le type.....		
Etes-vous claustrophobe (peur des espaces clos, dans les ascenseurs… ?)		
Avez-vous une pompe à médicaments ?		
Etes-vous porteur d'un pacemaker (pile cardiaque) ?		
Avez-vous déjà été opéré(e) de la tête (clips vasculaires), du cœur (clips, stent, valve), des artères (pontage), des veines (parapluie cave). **Si oui, merci de nous préciser la nature de l'intervention, de nous fournir les comptes-rendus opératoires ainsi que la date correspondante.**		
Avez-vous une chambre implantable (port à cath) ? Si oui, précisez la date **Ne pas venir avec un gripper**		
Avez-vous des tatouages ? Si oui, précisez l'endroit **et la date de votre dernier tatouage / /**		
Précisez si vous êtes porteur d'un appareil dentaire amovible, de piercings, de maquillage permanent ou de patchs à médicaments ? NE PAS VENIR AVEC DES BIJOUX		
Avez-vous un appareillage ou prothèse quelconque (articulaire, auditive, neurostimulateur) ? Si oui, précisez le type		
Pour les femmes, êtes-vous susceptible d'être enceinte ? **Date des dernières règles ? Allaitez-vous Oui Non**		
Avez-vous dans le corps ou les yeux des éclats métalliques de toute sorte même s'il y a très longtemps ? Si oui, où ? De quel type ? Depuis quand ?		
Avez-vous un implant oculaire ? Si oui, précisez le type		
Faites-vous des allergies ? si oui, précisez		
Avez-vous subi un pontage ? Si oui, précisez l'endroit et la date		
Etes-vous équipé d'un capteur de glycémie Freestyle		

Date du jour : **Signature :**