

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

RADIOLOGIE GENERALE – INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE – MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE – DOPPLER COULEUR – SCANNER – IRM – DENSITOMETRIE OSSEUSE

Nom – Prénom :

Adresse :

Code postal et ville :

Date de naissance :

Tel portable :

Tel fixe :

Mail :

Disponibilités :

QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'EXAMEN IRM

et à renvoyer à l'adresse suivante : Service IRM Polyclinique du Maine 4 avenue des Français Libres 53000 LAVAL
ou par mail à : secretariat@imagis53.fr

1 - Avez-vous été opéré du cœur (pacemaker) ? Stent ? valve cardiaque ? Oui Non

2 - Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ? Un neuro-stimulateur ? Un capteur
Glycémie per cutané ? Une pompe à Morphine ? Oui Non

3 - Avez-vous soudé ou meulé des métaux sans protection oculaire au moins une
Fois, même s'il y a longtemps ? Oui Non

4 - Avez-vous subi une intervention orthopédique avec mise en place de matériel
Dans les 6 dernières semaines ? Oui Non

5 - Etes-vous porteur d'implant cochléaire (oreilles) ? Oui Non

→ **Si oui aux questions 1, 2, 3, 4 ou 5, contactez le service IRM au 02.43.64.13.31.**

6 - Avez-vous subi une opération chirurgicale au cerveau ? Oui Non

7 - Avez-vous une endoprothèse ou clips chirurgicaux ? Oui Non

8 - Avez-vous été opéré d'une hernie discale ? Si oui : quelle année ? Oui Non

9 - Avez-vous une prothèse auditive ou dentaire Oui Non

10 - Portez-vous un patch cutané ? Un piercing ? Oui Non

11 - Avez-vous la crainte de prendre un ascenseur ? Etes-vous claustrophobe ? Oui Non

12 - Avez-vous une maladie rénale ou insuffisance rénale connue ? Oui Non

13 - Indiquez votre poids et taille (utile pour le réglage de la machine) :kg / m

14 - Certains médecins du centre d'imagerie médicale appliquent un dépassement
d'honoraires (30 euros), l'acceptez-vous ? Oui Non

15 - Avez-vous eu récemment des radios en rapport avec l'examen IRM demandé ? Oui Non

16 - Si les délais sont plus courts, acceptez-vous de vous déplacer sur : Mayenne Château-Gontier

→ **Si vous êtes une femme :**

16- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui Non

17- Allaitiez-vous ? Oui Non

18- Date de vos dernières règles :

Date de vos prochaines règles (Obligatoire pour certains examens) :

Date :

Signature :