



I'm not robot



I am not robot!

Nom et Prénom: Poids: Date de naissance: Taille: CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES. Nom: Date de naissance. ES Etes-vous porteur d'un pacemaker ou d'un défibrill. le questionnaire ci-dessous. Nom de Examen résonance magnétique (IRM): Renseignements pour le patient. De mauvaises informations pourraient avoir des conséquences sur votre intégrité physique. Merci de remplir très attentivement le questionnaire ci-dessous. IREA apporter le jour de votre examen Avec votre ordon. De QUESTIONNAIRE IRM À REMPLIR avant la prise de rendez-vous. Votre mé in vous a prescrit une IRM. Cet examen n'est pas anodin et nécessite certaines vérifications. Si vous répondez oui à l'une de ces questions, il est indispensable d'en informer le cabinet de radiologie o QUESTIONNAIRE IRM Votre mé in vous a prescrit une examen n'est pas anodin et nécessite certaines vérifications. Ce questionnaire a pour but de rechercher d'éventuelles contre-indications Examen d'IRM QUESTIONNAIRE L'appareil d'IRM impose un certain nombre de précautions. C'est pourquoi, il est indispensable de répondre à toutes les questions et denous le renvoyer avec l'ordonnance du mé in QU'EST-CE QU'UNE IRM? Le scanner IRM effectue des clichés transversaux du corps dans le Le jour de l'examen: merci de venir avec le questionnaire complété et de retirer tout objet métallique (bijoux, appareils auditif et/ou dentaire) lors de votre entrée dans la salle de Tél accueil IRM Fax IRM QUESTIONNAIRE AVANT IRM Nom Prénom: Date de naissance: Etiquette du patient Le jour de l'examen: merci Certifie avoir pris connaissance des différentes contre-indications relatives à l'examen d'IRM et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire Pour toute demande de RDV IRM Veuillez remplir cette fiche et le questionnaire au verso Renvoyez cette fiche, le questionnaire + votre ordonnance par: E-mail Un formulaire à remplir avant un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour signaler les éventuelles contraintes ou allergies. ance Version du/02/La réalisation d'un examen IRM comporte des risques. OUI. NON QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A RAPPORTER LE JOUR DE L'EXAMEN AVEC VOTRE ORDONNANCE NOM: PRENOM: DATE DE NAISSANCE: RDV IRM PREVU LE: (Merci de vous présenter impérativement minutes avant l'heure du rdv) Entourer la réponse: Porteur d'un stimulateur cardiaque? Examen d'IRM QUESTIONNAIRE L'appareil d'IRM impose un ce. tain nombre de précautions. (pile cardiaque, pace-maker) OUI NON Porteur d'un capteur de glycémie? Le document est en format Word et non en PDF Questionnaire IRM. Ce questionnaire est à compléter et à rapporter le jour de l'examen. Ce questionnaire a pour but de rechercher d'éventuelles contre-indications à cet examen. teur cardiaque implantable Title: Microsoft Word Nouveau questionnaire Author: pc Created Date/4/PM Si oui, une radio des orbites est obligatoire afin de vérifier l'absence d'éclat (l'IRM étant un aimant géant, vous risquez de perdre la vue) Perruque, tatouage Prothèse articulaire (genou, hanche, épaule)* Préciser la date d'intervention QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE A apporter le jour de votre examen Avec votre ordonnance. Merci de remplir très attentivement.