



QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER AVANT L'EXAMEN

Avez-vous déjà passé une IRM ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous une PILE CARDIAQUE (pacemaker, stimulateur, défibrillateur)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous été opéré du cœur pour une valve cardiaque ? Si oui : <u>CARTE AVEC NUMERO DE SERIE OBLIGATOIRE</u> type de valve : année de pose :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous un appareillage ou une prothèse quelconque (pompe à insuline, prothèse auditive, implant cochléaire, neuro-stimulateur...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous reçu des éclats métalliques dans les yeux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous un patch ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous diabétique, épileptique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous un terrain allergique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Suivez-vous un traitement à base de Bêtabloquants ? (Tension, problème cardiaque, anti-dépresseurs)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre poids (utile pour le réglage de la machine)	kg	
Votre taille (utile pour le réglage de la machine)	cm	
Votre date de naissance		
Concernant les mineurs, le tuteur autorise-t-il l'enfant à recevoir une injection de produit de contraste si l'examen le nécessite ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

J'atteste avoir compris que les questions qui m'ont été posées sont essentielles au bon déroulement de l'examen et que tout mensonge ou omission peut entraîner des risques.
J'abandonne tout droit à être prévenu(e) plus avant.

Je soussigné(e) Mme, Mr _____
Fait à Agde, le _____
Signature :