

**Patient(e)**

Nom : Prénom : Date de naissance :  
 Adresse :  
 N° de téléphone : Poids : Age :  
 Médecin prescripteur :  
 Mutuelle complémentaire : Date du RDV :

**Veillez remplir le questionnaire médical ci-dessous et venir muni du document le jour de l'examen**

	OUI	NON
Avez-vous déjà passé une IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avec injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>► Êtes-vous porteur :</b>		
D'un Pacemaker ?		
<b>Si oui, veuillez nous contacter.</b>		
De clips chirurgicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une valve cardiaque, de stent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De prothèse dentaire, auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'éclats métalliques (vis, broche, éclats dans les yeux,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'examen doit-il être réalisé avec injection de produit de contraste (APC) ?  OUI  NON

**Si oui, et que vous avez plus de 65 ans, un bilan de créatininémie (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être réalisé dans un délai de 5 à 15 jours avant l'examen.  
 Ne pas oublier de venir au RDV avec les résultats**

Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?  OUI  NON

**Si oui, un bilan de créatininémie (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être réalisé dans un délai de 5 à 15 jours avant l'examen.  
 Vous devez obligatoirement venir avec les résultats.**

Faites-vous des allergies ?  OUI  NON  
 Faites-vous de l'asthme ?  OUI  NON

**Si votre examen doit être réalisé avec une injection et en cas de très grand terrain allergique, d'asthme, d'œdème de Quincke ou d'urticaire géant, un traitement antihistaminique (prescrit par votre médecin prescripteur ou traitant), doit être pris par voie orale 3 jours avant l'examen.  
 En cas d'allergie bénigne (pollen, acarien,...) aucune prémédication n'est nécessaire.**

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?  OUI  NON  
 Êtes-vous en période d'allaitement ?  OUI  NON  
 Êtes-vous claustrophobe ?  OUI  NON  
 Avez-vous un RDV de scintigraphie le même jour que l'IRM ?  OUI  NON

En cas de doute, n'hésitez pas à contacter votre médecin prescripteur, médecin traitant ou le service d'imagerie  
 (05 62 13 31 50)

Fait à : Le : Signature :