

Avez-vous :	Oui	Non
déjà subi un examen IRM?		
subi une intervention chirurgicale récente (moins de 6 semaines) ?		
un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur ? un neurostimulateur, un stimulateur vésical ? (montrer la carte/détails)		
une valve cardiaque en métal ? (montrer la carte/les détails)		
une oreille moyenne, un implant cochléaire ou une aide auditive externe ?		
une pompe à douleur ou une pompe à insuline ? un capteur de glucose pour le diabète sur le bras ?		
de subir un prélèvement d'anévrisme ou une intervention chirurgicale sur les vaisseaux sanguins du cerveau ?		
une dérivation ventriculaire ou un drain ventriculaire dans la tête ?		
une perruque, un postiche, des extensions de cheveux, ... ?		
matériel orthopédique (prothèse, vis, plaque, broches, ...) ?		
une pièce métallique dans l'œil ou ailleurs dans le corps ? Êtes-vous un travailleur du métal ?		
une prothèse amovible / une prothèse magnétique ?		
un patch de médicaments sur la peau ?		
autres matériaux implantés ou objets étrangers dans le corps ?		
claustrophobie ? Anxiété dans les petits espaces ?		
Si vous subissez une RMN de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, de la hanche, du genou, de la cheville ou du pied :	Oui	Non
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans l'articulation à examiner ? si oui, quand et pour quoi ?		
Si vous subissez une RMN du cou ou du dos :	Oui	Non
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans l'articulation à examiner ? si oui, quand et pour quoi ?		
Avez-vous des douleurs irradiantes ?	Gauche ?	Droit?
Pour les patients de sexe féminin :	Oui	Non
Êtes-vous (peut-être) enceinte ? Allaitiez-vous ?		
Si vous subissez une IRM mammaire/une mammographie par résonance magnétique :	Oui	Non
Avez-vous déjà subi une opération mammaire ? Si oui, quand ?		
Prenez-vous des médicaments hormonaux ?		
Date des dernières lignes/mois		
Votre taille:cm Votre poids:kg		

Je souhaite que mon examen soit effectué entre 18 heures et 8 heures ou le samedi, le dimanche ou un jour férié. Je suis informé qu'un supplément sera facturé en conséquence.

Nom : Signature :

Date de naissance :