

Ce questionnaire est à compléter **dès réception** et à **nous retourner** afin de valider votre RDV : **par mail** irm@imc.bzh ou **par courrier** Cabinet de radiologie IMC – Clinique de la Baie – La vierge noire – 29600 MORLAIX

Monsieur Madame

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Date du RDV : à

Taille : Poids : kgs *Pour des raisons techniques, si votre poids est supérieur à 130 kgs, merci de nous avertir par mail (irm@imc.bzh)*

1. Avez-vous déjà passé une IRM ? Si oui, quand ? OUI NON

2. Etes-vous porteur d'un capteur de glycémie ou d'un objet électronique (bracelet électronique...) ? OUI NON

3. Avez-vous déjà été opéré au niveau du crâne, des oreilles, du cœur ou des vaisseaux (clip, stent, valve, filtre cave) ? OUI NON

Si oui, **précisez votre réponse** ainsi que les **références et date de pose de ce matériel (obligatoire)**

4. Avez-vous des éléments étrangers métalliques dans le corps? (prothèse articulaire, pompe insuline, chambre implantable, valve de dérivation, pace-maker ou stimulateur implanté ?). OUI NON

Si oui, munissez-vous des cartes avec **références et date de pose de ce matériel (obligatoire)**

5. Avez-vous subi une opération chirurgicale récemment (**moins de 3 mois**)? OUI NON

Si oui laquelle ?

6. Avez-vous des éclats de métal (soudure, meulage...) dans les yeux ? OUI NON

Si oui, munissez-vous d'une radio des orbites de contrôle (**obligatoire**)

7. Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON

8. Etes-vous claustrophobe ? OUI NON

9. Etes-vous allergique ? (médicaments, produit de contraste IRM lors d'ancien IRM) OUI NON

Je soussigné(e), Monsieur Madame

Certifie avoir pris connaissance des différentes contre-indications relatives à l'examen IRM et avoir répondu avec exactitude à ce questionnaire.

Fait à :

Le :

Signature :