

Merci de nous retourner ce questionnaire par mail : contact@ciml.com ou par fax : 04 78 60 80 86
ou par courrier : CIMLafayette, 70, Cours Lafayette, 69003 Lyon

Mr /Mme NOM :	Prénom :	Poids :	kg
IRM de (region étudiée) :			
• Avez-vous déjà passé une IRM ? <i>Si oui</i> , zone explorée :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Etes-vous claustrophobe (peur d'être enfermé) ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Etes-vous allergique ? <i>Si oui</i> , précisez :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous déjà bénéficié d'une injection lors d'une IRM ? <i>Si oui</i> , il y a combien de temps environ:		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous des antécédents de pathologies rénales? Une insuffisance rénale ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON

1/ ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

• Avez-vous déjà été opéré : - <i>de la tête ?</i>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si oui</i> , précisez : Date :			
- <i>du cœur ?</i>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si oui</i> , précisez : Date :			
- <i>de la colonne vertébrale ?</i>		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si oui</i> , précisez : Date :			
- <i>autres opérations ?</i>			

2/ ETES-VOUS PORTEUR :

• D'une prothèse articulaire ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• De matériel implanté dans le corps ?			
- plaque, vis :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- neurostimulateur :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- clip vasculaire intra-crânien :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- valve cardiaque :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- valve intra-crânienne :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- stent :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- pacemaker (stimulateur cardiaque, pile) :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- éclat d'obus, balle, limaille de fer intraoculaire :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• D'une prothèse oculaire (œil de verre) ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• D'une prothèse auditive mobile ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• De lentilles de <i>couleur</i> ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• D'un dentier ou appareil dentaire mobile ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• D'un autre matériel implanté dans le corps ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

3/ POUR LES FEMMES :

• Etes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Allaitiez-vous ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**EN CABINE : MERCI DE RETIRER VOTRE MONTRE, VOS
APPAREILS AUDITIFS, VOTRE PORTABLE et VOTRE CARTE
BANCAIRE, afin qu'ils ne soient pas détériorés par l'IRM.**

**Si un produit de contraste vous est injecté lors de votre examen, veillez à
bien vous hydrater sur les prochaines 24heures (1.5l d'eau).**

Lyon le :

SIGNATURE :