

## Questionnaire à remplir avant votre IRM

(à remettre au manipulateur qui viendra vous chercher en salle d'attente le jour de votre examen)

• Avez-vous une pile cardiaque (pacemaker/défibrillateur) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• Vous a-t-on posé une valve cardiaque, aortique ou autre?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• Avez-vous un appareillage de type implant cochléaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• Avez-vous un autre dispositif médical implanté (neurostimulateur, stimulateur vésical, anneau gastrique,...) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si vous avez répondu « oui » à une des questions précédentes, veuillez contacter impérativement le secrétariat d'IRM, de préférence par mail ou téléphone (ci-dessus) afin de fournir les références exactes de votre matériel implanté (carte européenne, compte-rendu opératoire, ...)

- Avez-vous un appareillage ou une prothèse quelconque (pompe à insuline, prothèse auditive, bagues d'orthodontie,...) ?  oui  non
- Avez-vous pu recevoir des projectiles (éclats métalliques, éclats d'obus), notamment près des yeux ?  oui  non
- Avez-vous du matériel orthopédique (plaques, broches, vis,...) ?  oui  non
- Avez-vous déjà été opéré du cerveau ?  oui  non
- Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?  oui  non
- Allaitiez-vous ?  oui  non

Votre poids : .....kgs

Votre taille : .....cm

Je soussigné(e) Mme, Mr.....

Fait à La Tronche, le .....

SIGNATURE