



GIE IMEGA - Service de radiologie
Centre Hospitalier de Auch
Allée Marie Clarac
32008 Auch Cedex

Tél. : 05 62. 63. 15. 66
Fax. : 05 62 61. 48 10
Mail : imagerie.gie@ch-auch.fr

QUESTIONNAIRE SECURITE IRM

	OUI	NON
1. Avez-vous déjà passé une IRM ?	☐	☐
2. Êtes-vous porteur d'un Pacemaker, défibrillateur ou Holter ?	☐	☐
3. Avez-vous été opéré dans les 6 dernières semaines ?	☐	☐
4. Avez-vous été opéré du cœur ?	☐	☐
5. Avez-vous été opéré des yeux ?	☐	☐
6. Avez-vous été opéré des vaisseaux ?	☐	☐
7. Avez-vous été opéré du cerveau ?	☐	☐
8. Avez-vous des prothèses ?	☐	☐
9. Avez-vous reçu des éclats métalliques dans le corps ?	☐	☐
10. Êtes-vous diabétique ?	☐	☐
11. Avez-vous des allergies médicamenteuses ?	☐	☐
12. Êtes-vous claustrophobe ?	☐	☐
13. Avez-vous des piercings ou des tatouages ?	☐	☐
14. Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	☐	☐

Êtes-vous d'accord pour que nous diffusions les résultats de votre examen à :

▪ Votre médecin traitant ?	☐	☐
▪ Votre médecin prescripteur ?	☐	☐

Votre nom :

Votre prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Je certifie l'exactitude de ces réponses et donne mon accord pour la réalisation de l'examen de ce jour.

Date :

Signature du patient :

Initiale du MERM :