



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

Tél. : 05 67 92 55 55
Fax. : 05 62 61. 48 10
Mail : imagerie.gie@ch-auch.fr

QUESTIONNAIRE SECURITE IRM

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

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

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Votre médecin traitant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Votre médecin prescripteur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 :