



IMAGERIE MEDICALE MANIN - CRIMEE

92 Bis, rue de Crimée - 75019 PARIS
Tel. 01 44 52 01 00 - Fax. 01 42 41 45 22

QUESTIONNAIRE IRM

NOM :
PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :
POIDS :

IMPORTANT :

Etes-vous porteur d'un PACE-MAKER (Pile électrique – stimulateur cardiaque) ?

OUI NON

Etes-vous porteur d'un clip artériel intra-crânien ?

OUI NON

Si vous portez l'un de ces deux dispositifs, veuillez le signaler immédiatement au manipulateur-radio qui va s'occuper de vous, car c'est une contre-indication formelle à l'examen que vous devez passer.

Etes-vous porteur d'une valve ou d'un stent cardiaque ?

OUI NON

Etes-vous susceptible d'avoir reçu des éclats métalliques dans les yeux ?

OUI NON

Etes-vous porteur d'un appareil dentaire ou d'une prothèse auditive ?

OUI NON

Avez-vous du métal dans le corps (prothèse orthopédique ou autre...) ?

OUI NON

Etes-vous porteur d'un système électronique (Pompe à insuline etc...) ?

OUI NON

Etes-vous claustrophobe ?

OUI NON

Madame, êtes-vous susceptible d'être enceinte ?

OUI NON

Date :

Signature :