

# GIE GIMLA - IRM Montier la Celle

Tél : 03 25 82 27 27 Fax : 03 25 82 09 75

1 Rue Bernard Lecache – Entrée 3 – 10120 ST ANDRE LES VERGERS

Mail : [irmsecretariat@aim-radiologie.fr](mailto:irmsecretariat@aim-radiologie.fr)

Femme  Homme  Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Tél mobile .....

Adresse mail : ..... Médecin traitant.....

Date de naissance : ..... Poids (approximatif) : ..... Taille : .....cm

Avez-vous déjà passé une IRM ?  oui  non

**Êtes-vous porteur d'un Stimulateur cardiaque (Pacemaker ou pile cardiaque)**  oui  non

Avez-vous subi une **opération** il y a **moins de 6 semaines** ?  
(Prothèse articulaire, broche, vis, clous, plaque, agrafe...etc...)  
 oui  non

Avez-vous été **opéré** :  
du **cœur** ? (valve, stent .....)  
de **la tête ou du cerveau** ? (clips neurochirurgicaux, agrafe)  
des **artères ou des veines** (pontage, clip, stent, agrafe, filtre,...)  
 oui  non  
 oui  non  
 oui  non

Si oui quand ? : ..... De quoi ? : .....

Avez-vous été **opéré d'une hernie discale** ? Si oui quand ? :.....  oui  non

Travaillez-vous dans les métaux, êtes-vous susceptible **d'avoir reçu des projectiles ou des éclats métalliques** ? (soudure, meulage, limaille, balle...)  oui  non

Êtes-vous porteur **d'une pompe électronique implantable** (pompe à insuline, morphine, autre) ?  oui  non

Êtes-vous porteur **d'un neurostimulateur électronique** ?  oui  non

Êtes-vous porteur d'un **patch médicamenteux métallique** ?  oui  non

Avez-vous :  
une **insuffisance rénale** ? (mauvais fonctionnement des reins)  oui  non  
une **insuffisance cardiaque** ?  oui  non

Êtes-vous **diabétique** ?  oui  non

Avez-vous un traitement de **Chimiothérapie en cours** ?  oui  non

**Allergie** à une injection ?  oui  non

Êtes-vous **claustrophobe** (peur d'être enfermé(e)) ?  oui  non

Avez-vous :  
**un appareil dentaire** ?  oui  non  
**un appareil auditif** ?  oui  non

Pour les patientes, êtes-vous **enceinte** ?  oui  non

Des problèmes de mobilité (fauteuil, brancard)  oui  non

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....  
certifie avoir rempli ce questionnaire.

Le .....

Signature :