

Questionnaire sécurité avant examen IRM

Etes-vous porteur de matériel ou d'un dispositif médical ?		
- Pacemaker	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
- Neurostimulateur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
- Pompe à insuline	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
- Autre , par exemple : valve cardiaque, stent, prothèse articulaire ou auditive, vis, plaque, appareil dentaire fixe, appareil dentaire amovible... ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lequel :		
Ressentez-vous inconfort ou angoisse dans les espaces exigus (claustrophobie) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été opéré du cœur ou du cerveau ? Si oui, quand ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous susceptible d'avoir un éclat de métal dans l'œil ou dans le corps ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Portez-vous un patch transdermique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà effectué une IRM ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Quel est votre poids ?Kg		
Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles :		
Avez-vous un tatouage ou du maquillage permanent ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prenez-vous des médicaments :		
Anticoagulants/antiagrégants <input type="checkbox"/>	Pour le diabète <input type="checkbox"/>	Neuroleptiques <input type="checkbox"/>
		Autres <input type="checkbox"/>

POUR LES FEMMES :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



Répondre uniquement avant la réalisation d'une IRM pelvienne et mammaire



Avez-vous des enfants ? OUI : Combien ? __ NON

Nombre de grossesse(s) : __ Avez-vous eu une césarienne : OUI NON

Etes-vous ménopausée ?

OUI - Depuis quel âge ? __

OUI - **Traitement hormonal** ? OUI NON

NON - **Date des dernières règles** :

Avez-vous des antécédents familiaux de pathologie mammaire ou ovarienne ? OUI NON

Si oui, lesquelles :

Monsieur Madame

Date de naissance :

Nom : Prénom :

Les rapports médicaux ainsi que les images réalisés dans notre centre sont transmis au médecin prescripteur de l'examen et autres professionnels de santé mentionnés sur la feuille de prescription. Fréquemment des médecins spécialistes, hôpitaux, **CHUV ou HUG (hôpitaux universitaires genevois)** nous demandent des résultats d'examens et images réalisés dans notre centre. Par votre signature :

- Vous acceptez que les rapports médicaux ainsi que les images leur soient transmis lorsque vous êtes en traitement auprès d'eux, dans le respect du principe de proportionnalité.
- Vous acceptez que le centre **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** puisse demander d'anciens rapports ou images nécessaires à l'établissement du diagnostic relatif aux examens réalisés chez nous, dans le respect du principe de proportionnalité.

Date :

Signature :