

**VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE EN METTANT UNE CROIX DANS LA BONNE
REPONSE, AFIN DE VERIFIER L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A L'EXAMEN**

NOM- PRENOM :

Date de naissance : TAILLE : POIDS : (permet de paramétrer la machine)

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Avez-vous déjà été opéré au niveau du cœur et des vaisseaux
(pace-maker, clips, valve, stents, pontage) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous été opéré du crane (anévrisme, sonde de dérivation...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous porteur d'une pompe à médicaments ou d'un neurostimulateur,
ou d'une pile uro-dynamique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous du matériel orthopédique (vis, plaque, broche, prothèses ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-
- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Avez-vous déjà reçu de la limaille de fer ou des éclats métalliques dans
les yeux (récemment ou même s'il y a très longtemps, même retirés par un ophtalmologue)
ou dans le corps ? (soudure, meulage, accident de chasse...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Madame, êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des prothèses dentaires ou auditives qui se retirent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous un implant dans les yeux ou dans les oreilles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous un traitement par patch ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous porteur d'une hépatite C ou séropositif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Souffrez-vous de claustrophobie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous déjà eu une injection lors d'une IRM ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Prévoir d'enlever tous les bijoux et montre.

Merci de votre attention

DATE SIGNATURE :

- Clairance à la créatinine, mdrd, créatinine (sera complété par le personnel soignant) :