

**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<br>( <b>pace-maker, clips, valve, stents, pontage</b> ) ? | <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,<br>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<br>les yeux (récemment ou même s'il y a très longtemps, même retirés par un ophtalmologue)<br>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) :