



**MERCI DE CONFIRMER VOTRE RENDEZ-VOUS LA SEMAINE QUI PRECEDE AU  
01.64.22.28.87.**

www.ims77.com

GIE IRM FONTAINEBLEAU NEMOURS  
1 bis rue Lagorsse  
77300 FONTAINEBLEAU

NOM, PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

POIDS : .....TAILLE : .....

Veillez remplir le questionnaire ci-dessous en mettant une croix dans la bonne réponse :

Faites-vous ou avez-vous fait du meulage ou de la soudure (au travail ou au domicile)	OUI	NON
Pace-maker (stimulateur ou pile cardiaque)	OUI	NON
Clips neuro-chirurgicaux (cerveau)	OUI	NON
Eclats métalliques (intra-oculaires)	OUI	NON
Clips chirurgicaux (aortes, stent)	OUI	NON
Valves cardiaques	OUI	NON
Valves de dérivation (cerveau)	OUI	NON
Neuro-stimulateur ou fils implantés	OUI	NON
Implant oculaire (autre que pour cataracte)	OUI	NON
Implant cochléaire (oreille)	OUI	NON
Implant mammaire	OUI	NON
Pompe à insuline	OUI	NON
Claustrophobie	OUI	NON
Plaques métalliques – broches	OUI	NON
Prothèse auditive	OUI	NON
Allergie – asthme	OUI	NON
B-bloquants (traitements pour le cœur)	OUI	NON
Insuffisance rénale	OUI	NON
Glaucome	OUI	NON
Grossesse	OUI	NON
Allaitement	OUI	NON
Cathéter sous-clavier	OUI	NON
Epilepsie	OUI	NON
Tatouages	OUI	NON
Piercings	OUI	NON

**SI VOUS REPONDEZ OUI A UNE DE CES QUESTIONS, VEUILLEZ NOUS CONTACTER RAPIDEMENT.**

Suivant vos réponses, nous serons amenés soit à trouver un examen de substitution (pace-maker), soit à vous donner une prémédication (allergie).

**RAPPORTER CE QUESTIONNAIRE IMPERATIVEMENT LE JOUR DE L'EXAMEN ET LE REMETTRE A LA SECRETAIRE.**

DATE.....SIGNATURE.....