CHVR - Questionnaire IRM
Patient ambulatoire

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Ce questionnaire doit être rempli avant l'examen par le patient

Nom ..... **Prénom** .....

Date de naissance ..... **Date de l'examen** .....

	Oui	Non
Avez-vous déjà eu un examen I.R.M. ?	☐	☐

Etes-vous porteur de l'un des dispositifs suivants pouvant gêner ou interdire l'examen ?

	Oui	Non
Pacemaker	☐	☐
Neurostimulateur	☐	☐
Pompe à insuline	☐	☐
Dérivation ventriculo-péritonéale	☐	☐
Valve cardiaque	☐	☐
Capsule endoscopique digestive	☐	☐

Modèle : …… Type : .....……..…...

Mis en place le : …….....……...

Veuillez présenter la carte du dispositif implanté en même temps que ce document SVP.

	Oui	Non
Corps étranger intra-oculaire	☐	☐
Eclats d'obus ou objets métalliques	☐	☐
Avez-vous subi une intervention chirurgicale	☐	☐
Si oui, laquelle et quand ?……..		
Patch pour diffusion médicamenteuse	☐	☐
Clips neurochirurgicaux, coils	☐	☐
Prothèse auditive	☐	☐
Prothèse dentaire	☐	☐
Prothèse articulaire	☐	☐

Poids : .....kg Taille : .....cm Allergies : .....

Si vous êtes une femme

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous en période d'allaitement ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les IRM du pelvis ou des seins, veuillez préciser la date de vos dernières règles : .....

Par ma signature, je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature : ……...……..…