



Questionnaire sécurité radiologie (IRM/CT)

Chère patiente, cher patient,

Veuillez remplir consciencieusement le questionnaire.

Si vous avez des questions ou des doutes, n'hésitez pas à contacter notre équipe.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Quand avez-vous rendez-vous pour la discussion des résultats ? Date: _____

Avez-vous...	un stimulateur cardiaque ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	une valve cardiaque artificielle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	un neurostimulateur ou une pompe antidouleur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	du métal sur ou dans votre corps ? <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Articulations artificielles <input type="checkbox"/> Vis <input type="checkbox"/> Clips <input type="checkbox"/> Stents <input type="checkbox"/> Aiguilles d'acupuncture <input type="checkbox"/> Blessures par balles <input type="checkbox"/> Autre Où ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	une pompe à insuline ? Capteur de glucose sanguin ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
	des fragments métalliques dans le corps ? (p. ex. dans les yeux)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> appareil auditif ? (Veuillez l'enlever avant l'examen) <input type="checkbox"/> implant cochléaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	une prothèse dentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	un tatouage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Prenez-vous ...	des médicaments anticoagulants ? <input type="checkbox"/> Aspirin Cardio <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous eu une opération ...	du cœur ou de la tête ? (Cerveau, oreilles, yeux) Quoi ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous...	d'asthme ou d'allergies, notamment aux substances de contraste ? Lesquelles ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	de claustrophobie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	d'une hyperthyroïdie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> de diabète ou <input type="checkbox"/> d'une maladie rénale ou d'une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	d'une affection touchant les poumons ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	à une sévère maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins ? Où ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Femmes	Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Votre taille : _____ cm	Votre poids : _____ kg	

Par la présente, je confirme avoir pris acte des informations et avoir répondu aux questions susmentionnées conformément à la vérité.
Par ma signature, je donne mon consentement pour l'examen.

Date : _____

Signature : _____