

Monsieur

Madame

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Questionnaire sécurité avant examen IRM

Poids : kg		Taille :cm	
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous déjà effectué une IRM ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous déjà été opéré du cœur ou du cerveau ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Etes-vous porteur de matériel ou d'un dispositif médical ? Pacemaker /stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> - Neurostimulateur <input type="checkbox"/> - Pompe à insuline <input type="checkbox"/> Autre , par exemple : valve cardiaque, stent, prothèse articulaire ou auditive, vis, plaque, appareil dentaire fixe, appareil dentaire amovible... ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lequel :			
Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous déjà fait une réaction suite à l'injection d'un produit de contraste ? Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Souffrez-vous de maladie(s) chronique(s) ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Souffrez-vous d'un glaucome (pression intra-oculaire augmentée) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Travaillez-vous les métaux ou avez-vous travaillé les métaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous des morceaux de métal dans le corps ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Portez-vous un patch transdermique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous un tatouage ou du maquillage permanent ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Prenez-vous des médicaments : Anticoagulants/antiagrégants <input type="checkbox"/> Pour le diabète <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>			

POUR LES FEMMES :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Date des dernières règles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Répondre uniquement avant la réalisation d'une IRM pelvienne et mammaire

Avez-vous des enfants ? OUI Combien ? __ NON

Nombre de grossesse(s) : __ Avez-vous eu une césarienne : OUI NON

Etes-vous ménopausée ?
 OUI - Depuis quel âge ? __
 NON - **Traitement hormonal** ? OUI NON / Si oui lequel :
 NON - **Date des dernières règles** :

Avez-vous des antécédents familiaux de pathologie mammaire ou ovarienne ?
 OUI NON
 Si oui, lesquelles :

Monsieur

Madame

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Votre médecin traitant vous a proposé un examen radiologique. Il sera pratiqué avec votre consentement, vous avez la liberté de l'accepter ou de le refuser. Les informations concernant le déroulement de cet examen et de ses suites vous seront fournies par nos médecins radiologues et/ou nos techniciens en radiologie. Les médecins de **RIVE DROITE SA – CENTRE D'IMAGERIE** et **RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** sont qualifiés pour juger de l'utilité de cet examen et peuvent décider de changer de technique en fonction de l'indication.

Conformément à la Loi sur la Protection des Données, les images et rapports médicaux réalisés dans nos centres sont transmis au médecin prescripteur de l'examen et autres professionnels de santé mentionnés sur la feuille de prescription. Les hôpitaux, médecins traitants ou spécialistes peuvent parfois demander des images et/ou des résultats d'examens réalisés dans nos centres.

Par votre signature :

- Vous acceptez que les images et les rapports médicaux nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic leur soient transmis lorsque vous êtes en traitement auprès d'eux.
- Vous acceptez que **RIVE DROITE SA – CENTRE D'IMAGERIE** et **RIVE GAUCHE – CENTRE D'IMAGERIE** puissent demander d'anciennes images ou rapports nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic relatif aux examens réalisés dans nos centres.
- Vous acceptez que vos images radiologiques puissent être utilisées de manière anonymisée dans un but de formation ou de recherche. Vous pouvez faire valoir votre droit de rétractation en tout temps en écrivant à l'adresse mail : cgavaggio@cird.ch

Date :

Signature :