

**G.I.E. IMAGERIE MEDICALE DU PROVINOIS
SCANNER - IRM**

**Centre Hospitalier Léon BINET – Route de Chalautre - 77160 PROVINS
7 Avenue de la Voulzie – 77160 PROVINS**

☎ **01.64.60.47.90**

📠 **01.64.60.47.93**

@ sec_gie@ch-provins.fr

IRM

Merci de nous **joindre la copie de l'ordonnance** avec ce **questionnaire complété**

Préfixe : <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Enfant	
Nom de naissance :	Nom d'usage si différent :
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse : N°	Voie :
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Poids : kg	Taille : cm
Problème de mobilité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Problème de compréhension <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Vous souhaitez passer votre examen (dans la mesure du possible) :

Au Centre Hospitalier Léon Binet- Route de Chalautre

Au centre médical -7 avenue de la Voulzie

Indifférent

VEUILLEZ NOUS SIGNALER SI VOUS AVEZ

➤ Insuffisance respiratoire : êtes-vous **sous oxygène** ?

oui non

➤ Vous avez une ou des allergies connue(s)

oui non

➔ **Si oui** Précisez à quoi :

Précisez quel type de réaction vous avez eu :

➤ Stimulateur cardiaque (Pacemaker ou **pile cardiaque**)

oui non

➤ Eclats métalliques, en particulier dans les yeux (travail sur métaux, soudure...)

oui non

➤ Implant de l'oreille interne (électrode de stimulation auditive)

oui non

➤ Intervention chirurgicale de moins de 6 semaines

oui non

➔ Si oui date d'intervention :

➤ **Opération du cœur, des artères, des veines, de la tête ou du cerveau :**

oui non

➔ Clip, valve, valve de dérivation, agrafe, filtre...

oui non

Si **oui**, nous devons obligatoirement obtenir les informations de ce dispositif (soit compléter le tableau à la fin du document, soit nous communiquer la copie de la carte du dispositif).

➔ Stent

oui non

Date de pose : A quel niveau :

Si posé avant les années 2000, nous devons obligatoirement obtenir les informations de ce dispositif (soit compléter le tableau à la fin du document, soit nous communiquer la copie de la carte du dispositif).

**G.I.E. IMAGERIE MEDICALE DU PROVINOIS
SCANNER - IRM**

Centre Hospitalier Léon BINET – Route de Chalautre - 77160 PROVINS

7 Avenue de la Voulzie – 77160 PROVINS

☎ 01.64.60.47.90

☎ 01.64.60.47.93

@ sec_gie@ch-provins.fr

➤ **Opération sans matériel chirurgical de la colonne vertébrale :** oui non

➔ Si oui, préciser date et niveau exacte :

➤ **Opération avec matériel chirurgical :** oui non

(Prothèse orthopédique, broche, vis, clou, plaque, agrafes...)

➔ Si oui, préciser matériel et date de pose :

➤ Claustrophobie (peur d'être enfermé) oui non

➤ Dispositif implantable : oui non

Cathéter de chimiothérapie avec aiguille Lecteur glycémique Pompe à insuline

➤ Insuffisance rénale (mauvais fonctionnement des reins) oui non

➤ PATCH (ex : contraception, anti-tabac...) oui non

➤ Appareil auditif Prothèse dentaire amovible Appareil d'orthodontie oui non

Messieurs : Si IRM prostatique demandée, date dernière biopsie prostatique : ____/____/____

Mesdames : Grossesse en cours oui non

Allaitement oui non

Si IRM mammaire ou pelvienne demandée, date dernière règle : ____/____/____

Si IRM mammaire, taille du bonnet : _____

➤ Si vous avez 60 ans ou plus / Si vous êtes diabétique / Si vous êtes insuffisant rénal :
Avez-vous une prise de sang de moins de 2 mois comportant la créatinémie et la clairance oui non

Si oui, nous la faire parvenir avec vos documents puis l'apporter le jour de l'examen.

A faire compléter par votre médecin :

INFORMATIONS DISPOSITIFS (Valve, clip...)
Référence (Modèle, numéro...) :
Industriel (Marque, Fabricant) :
Catégorie (Valve, Prothèse, Clip...) :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Le : **Signature :**