

Docteur C. COUDRON
89 1 01099 3
et SELARL IMAGERIE SAINTE MARGUERITE

Des Docteurs P.HOUILLEZ
89 1 70075 9

P. POESSON
89 1 70080 9

A.S. HEMON-LAURENS
89 1 70084 1

D. COLLART-DUTILLEUL
89 1 70088 2

J.M. MATRAND
89 1 70092 4



Centre d'Imagerie Médicale

RADIOLOGIE – IRM – SCANNER

RADIOLOGIE : Tél: 03 45 02 55 50 Fax: 03 45 02 55 55.

SCANNER / IRM : Tél: 03 45 02 55 50 Fax: 03 86 46 23 16.

**QUESTIONNAIRE A REMPLIR
ET A RAPPORTER LE JOUR DE L'EXAMEN AVEC VOTRE ORDONNANCE**

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	POIDS :

(Merci de vous présenter impérativement 20 minutes avant l'heure de votre rendez-vous)

Entourer la réponse:

Porteur d'un stimulateur cardiaque ? (pile cardiaque, pace-maker)	OUI	NON
Opération du cœur ? (valve, stent...) Si oui précisez :	OUI	NON
Opération de la tête, du cerveau, des yeux ? (clips neurochirurgicaux, agrafes, implants oculaires...) Si oui précisez :	OUI	NON
Opération de la colonne vertébrale ? Si oui précisez :	OUI	NON
Eclats métalliques au niveau des yeux ou autre ? (travail des métaux, soudure...) Si oui précisez :	OUI	NON
Appareil dentaire ?	OUI	NON
Appareil auditif ?	OUI	NON
Claustrophobe ?	OUI	NON
Enceinte ? Si oui depuis combien de temps ? :	OUI	NON
Allaitement ?	OUI	NON
Allergie au gadolinium ?	OUI	NON
Insuffisance rénale reconnue ?	OUI	NON

Fait à : **Le**/...../.....

Signature :