IRM

Questionnaire à remplir et renvoyer par mail **sous 48h** après la prise de **RDV** avec l'ordonnance au : **rdv.etampes91@gmail.com**

IRM :

Date :

heure :

Nom : **Prénom :** **Poids :** **Kg**

Date de naissance : **Sexe :** F M **Age :**

No de Sécurité Sociale : **Médecin Traitant : Dr**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

N° de téléphone : **Adresse E.Mail :**

QUESTIONNAIRE MEDICAL

	Oui	Non	Observations / Protocole
Pace Maker..... (Pile Cardiaque) ? Si Pace Maker IRM impossible	☐	☐	
Etes-Vous susceptible d'être enceinte.. ?	☐	☐	
Claustrophobe ...?	☐	☐	
Valve cardiaque ou Endo-Prothèse Vasculaire (Stent) ? Clips Chirurgicaux ou Clips Vasculaires ?	☐	☐	
Corps étranger métalliques dans l'œil ? si oui faire Radio du crâne	☐	☐	
Allergique ou Asthme ?	☐	☐	
Prothèse Articulaires ? préciser l'année ?			
Avez-vous une prise en charge... ?	ALD ☐ CMU ☐ AT ☐ ACS ☐ INVALIDITE ☐		

Honoraires : à régler sur place le jour de l'examen : Règlement par CB ou espèce (uniquement l'appoint).

CMU, AME, AT : Il faut être munis des documents, attestations et feuille d'accident de travail.

Lieu d'examen d'IRM : **Hôpital d'Etampes 26 Avenue Charles de Gaulles 91150 ETAMPES**

Je soussigné(e) M Certifie avoir pris connaissance des informations énumérées ci-dessus et y avoir répondu complètement avant la réalisation de l'examen **IRM**.

Date :

SIGNATURE :