

**APPORTER CE QUESTIONNAIRE REMPLI LE JOUR DE VOTRE EXAMEN  
SANS PRESCRIPTION, VOTRE EXAMEN NE POURRA ETRE REALISE**

NOM : _____	PRENOM : _____
DATE DE L'EXAMEN : _____	HEURE : _____
TELEPHONE : _____	

**IMPORTANT**

Les examens par Résonance Magnétique comportent un certain nombre de contraintes.  
Il est très important que vous remplissiez ce questionnaire **correctement et entièrement** en entourant exactement chaque réponse.

- 1 - Quel est votre poids ? \_\_\_\_\_ kg
- 2 - Etes-vous claustrophobe ? OUI - NON
- 3 - **Si vous êtes porteur d'un Pace Maker, il vous est formellement interdit de passer cet examen.**
- 4 - Etes-vous porteur d'un des matériels suivants qui peu peuvent gêner l'examen ou le contre indiquer ?

Clips inter-cérébraux	OUI - NON
Clips neurochirurgicaux	OUI - NON
Clips carotidiens ou aortiques	OUI - NON
Valve cardiaque	OUI - NON
Valve de dérivation ventriculaire (Si oui, veuillez apporter un certificat de votre chirurgien)	OUI - NON
Prothèse articulaire (Si oui, à quel niveau : _____ )	OUI - NON
Suture avec fils métalliques ou agrafes (Si oui, à quel niveau : _____ )	OUI - NON
Corps étrangers dans l'œil (Si oui, précisez la nature : _____ )	OUI - NON
Eclats d'obus ou de plomb de chasse (Si oui, précisez la nature : _____ )	OUI - NON
Etes-vous travailleur des métaux ? (Si oui, veuillez nous contacter au 01-60-46-96-97)	OUI - NON
Etes-vous enceinte ? (Si oui, veuillez nous contacter au 01-60-46-96-97)	OUI - NON

OBSERVATIONS :

Date :

Signature :