



Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____
dd / mm / yy

Sex: F / M

Chirurgie antérieure ?	NON	OUI	Si oui quelle sorte
Tête			
Cœur			
Yeux			
Abdomen			
Extremités			
Colonne Vertébrale			

Autres: _____

Avez vous:

	NON	OUI
Cardiostimulateur/Défibrillateur (Pacemaker)		
Prothèse cochléaire ou appareil auditif implanté		
Pompe à insuline implantable		
Verres de contact de couleurs		
Timbre médical (exemple patch)		
" Body piercing "		
Sterilet		
Fragments métalliques (i.e.Éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu)		
Maquillage permanent / tatouage		
Implant oculaire		
Valve Cardiaque		
Neurostimulateur		
Membre articulaire artificiel		
Prothèse pénienne		
Prothèse orthopédique implantée		
Clip sur un anévrisme		
Parapluie ou filtre, cathetère ou stent dans un vaisseau		
Shunt (programmable)		

Si oui, ils doivent être enlevés pour le scan
Si oui, ils doivent être enlevés pour le scan
Si oui, ils doivent être enlevés pour le scan
Si oui, ils doivent être enlevés pour le scan

Modèle

▶ _____
 ▶ _____
 ▶ _____
 ▶ _____
 ▶ _____
 ▶ _____
 ▶ _____
 ▶ _____

Etes-vous enceinte?

NON OUI

Avez-vous été blessé par une pièce de métal? (exemple dans les yeux)

Avez-vous eu un examen par Résonance Magnétique auparavant?
 si oui quand: _____

Etes-vous claustrophobe?

 Signature du Sujet

 Date (dd-mm-yy)

 Signature du Medecin / Chercheur

 Date (dd-mm-yy)