

INSTITUT CARDIOVASCULAIRE PARIS SUD

INSTITUT HOSPITALIER JACQUES CARTIER

AVENUE DU NOYER LAMBERT
91300 MASSY
Tél : 01 60 13 46 02 Fax : 01 60 13 46 03

DR MC. MORICE – DR O. TAVOLARO – DR Y. LOUVARD – DR JF. PIECHAUD – DR DR P. DUMAS

ATTENTION CE QUESTIONNAIRE DOIT NOUS PARVENIR AU PLUS TARD 48 HEURES AVANT
L'EXAMEN.

ENTOURER LA BONNE REPONSE

- Portez-vous un STIMULATEUR CARDIAQUE ? OUI -- NON
(appelez aussi « Pace Maker » ou « pile cardiaque »)

- Avez-vous été OPERE du CRANE ? OUI -- NON

- portez-vous une prothèse auditive ? OUI -- NON

- portez-vous une prothèse de hanche ? OUI -- NON

- portez-vous une prothèse du genou ? OUI -- NON

- avez-vous des fragments de métal dans un œil ? OUI -- NON

ou ailleurs dans le corps ?

des fils de suture ou autre matériel chirurgical métallique ?

des clips chirurgicaux ? des plombs de chasse ?

si oui veuillez préciser.....

- êtes-vous porteur de filtre cave ? OUI -- NON

- êtes-vous porteur de valve cardiaque ? OUI -- NON

- veuillez nous indiquer votre poids ?.....kgs et votre taille.....

Les barettes, élastiques, épingles à cheveux et tous autres objets métalliques sont proscrits.

- Madame, veuillez nous indiquer si vous êtes susceptibles d'être ENCEINTE ?

Je soussigné, Monsieur, Madame.....

N° de téléphone :.....

CONFIRME ou ANNULE LE

RENDEZ-VOUS LEà.....heures

Avec le DOCTEUR.....

JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE CE QUESTIONNAIRE

Signature