



IRM SCANNER LE HAVRE CENTRE  
 19 rue Franklin  
 76600 Le Havre  
 E-mail : [contact@irmlehavrecentre.com](mailto:contact@irmlehavrecentre.com)  
[www.irmlehavrecentre.com](http://www.irmlehavrecentre.com)

Téléphone IRM : 02.35.22.33.33  
 SCANNER : 02.35.22.33.30  
 Fax : 02.35.22.33.34

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom : ----- Date de naissance : -----

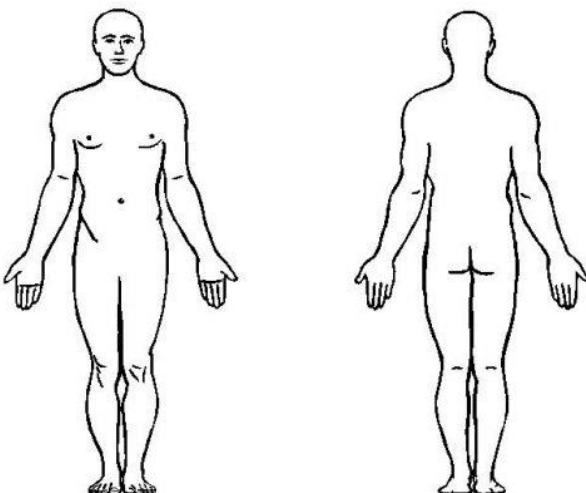
Pourquoi faites-vous cet examen ? : -----  
 -----  
 -----

Quels sont vos antécédents médicaux ? -----  
 -----  
 -----

Avez-vous déjà été opéré et si oui de quoi ? -----  
 -----  
 -----

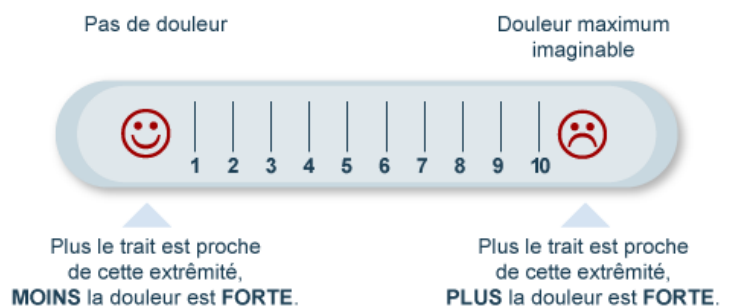
<p><b>Bilan de :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Traumatisme</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de cancer ou de tumeur/ si oui, préciser : -----</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Douleurs chroniques (maladie chronique, rhumatisme)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres-----</p>	<p>- Fréquence des douleurs (tous les jours, par épisode) etc... : -----</p> <p>-Avez-vous mal : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit</p> <p>-Depuis combien de temps avez-vous mal ?----- -----</p>
---	---

**Dessiner le trajet de votre douleur**



**Evaluez sur cette échelle l'intensité de votre douleur**

Mettre une croix sous le numéro



**Initiales du manipulateur :**