

Questionnaire patient relatif à l'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Nom/Prénom: _____

Date de naissance: _____

Portez-vous un implant médical tel que:

- | | | |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| – Stimulateur cardiaque / défibrillateur | Oui <input type="checkbox"/> * | Non <input type="checkbox"/> |
| – Neurostimulateur | Oui <input type="checkbox"/> * | Non <input type="checkbox"/> |
| – Pompe à insuline / pompe à médicament | Oui <input type="checkbox"/> * | Non <input type="checkbox"/> |
| – Implant cochléaire | Oui <input type="checkbox"/> * | Non <input type="checkbox"/> |
| – Valvule cardiaque / clips vasculaires | Oui <input type="checkbox"/> * | Non <input type="checkbox"/> |
| – Valve de dérivation | Oui <input type="checkbox"/> * | Non <input type="checkbox"/> |

* Si la réponse est Oui, l'examen ne peut PAS être réalisé ou seulement de manière limitée.
Nous avons besoin des données suivantes: marque, fabricant, date de l'opération, chirurgien/clinique

Des pièces métalliques sont-elles présentes dans votre organisme, notamment:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| – Prothèses articulaires | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| – Vis ou pièce de ce type suite à une opération | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si la réponse est Oui, veuillez indiquer le matériau, l'année et le type d'opération

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| – Avez-vous déjà été blessé(e) par des pièces ou des fragments métalliques? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| – Souffrez-vous d'une maladie rénale? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| – Souffrez-vous d'allergies? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| – Portez-vous du maquillage permanent, des tatouages, des piercings ou des aiguilles d'acupuncture? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Poids corporel / taille

Poids _____ Taille _____

Questions complémentaires pour les patientes

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| – Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte actuellement? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| – Allaitiez-vous actuellement? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| – Portez-vous un stérilet au cuivre? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Avant de pénétrer dans la zone de champ magnétique puissant, vous devez impérativement retirer les objets suivants de votre corps (des casiers sont à votre disposition):

lunettes, prothèses dentaires amovibles, appareils auditifs, patchs hormonaux, emplâtres chauffants ou analgésiques, bijoux, montres, argent, cartes de crédit, stylos et crayons, clés, couteaux de poche, briquet, vêtements contenant du métal, élastiques à cheveux, soutien-gorges et autres dispositifs de soutien (comme les ceintures de maintien). Les piercings doivent être retirés!

Je confirme avoir répondu scrupuleusement aux questions, avoir lu l'information destinée aux patients (page 2) et j'autorise l'examen.

Berne, le _____ Signature du patient (évtl. du médecin): _____

Berne, le _____ Signature de l'assistant en radiologie / du radiologue: _____