

## EXAMEN IRM

No d'étude :

Vous allez participer à un examen IRM (Imagerie par Résonance Magnétique). L'IRM est strictement non invasive. Elle emploie un champ magnétique intense ainsi que des ondes radio. L'examen IRM peut être relativement bruyant et des protections auriculaires vous seront fournies.

La procédure IRM est simple et sûre, et ne nécessite aucune préparation particulière. Pour des examens cérébraux, il est préférable de vous présenter sans maquillage afin d'assurer une bonne qualité d'image. Vous devez aussi vous débarrasser de tout objet métallique: *appareil auditif, dentier, épingle à cheveux, bijoux, piercing, clés, téléphone, lunette, montre, porte-monnaie, etc.*

Pour éviter tout risque associé à l'examen IRM, veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

### QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT L'EXAMEN IRM ET A REMETTRE A L'OPERATEUR.

**Nom:** ..... **Prénom:** .....

**Date de naissance:** ..... **Poids:** ..... kg **Taille:** ..... cm

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1) Avez-vous déjà subi un examen IRM?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Dans ce cas, avez-vous rencontré des problèmes lors de cet examen?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2) Avez-vous subi une opération chirurgicale ces 6 dernières semaines?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3) Avez-vous ou pourriez-vous avoir un objet ou éclat métallique dans votre corps  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4) Avez-vous ou pourriez-vous avoir un corps étranger dans l'œil? Avez-vous été exposé à de possibles éclats métalliques dans votre travail (travail sur métaux, soudure, etc.)? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5) Avez-vous un clip ou coil neurochirurgical pour anévrisme cérébral?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6) Etes-vous porteur d'un pacemaker ou stimulateur cardiaque?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 7) Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ou autre pompe pharmacologique?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 8) Avez-vous un implant cochléaire ou auditif? Un appareil de neurostimulation? Un implant / appareil électronique ou activable de manière magnétique?                           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 9) Avez-vous des électrodes ou fils internes, cathéter, etc.?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 10) Avez-vous une prothèse de valve cardiaque, stent, filtre ou coil?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 11) Etes-vous porteur de filtre dans la veine cave contre les embolies pulmonaires?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 12) Avez-vous un quelconque autre implant, prothèse, plaque ou broche orthopédique?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 13) Etes-vous claustrophobe?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 14) Pourriez-vous être enceinte?<br>Portez-vous un stérilet, un diaphragme ou pessaire?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 15) Pouvez-vous rester allongé-e à plat sur le dos sans problème?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 16) Avez-vous des tatouages importants, du maquillage permanent ou un piercing?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 17) Etes-vous porteur d'un appareil auditif, d'un dentier ou d'un appareil dentaire?<br>Portez-vous un patch (nicotine, nitroglycérine, ...)?                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Date et signature: \_\_\_\_\_