

# Questionnaire

## Imagerie par résonance magnétique (IRM)



MEDIZINISCH  
RADIOLOGISCHES  
INSTITUT

### Chers patients

En raison du champ magnétique intense produit par l'IRM, il est important de signaler la présence de tous les objets métalliques implantés. Il faut se défaire de toute pièce métallique telle que bijoux, lunettes, prothèse auditive et prothèse dentaire amovible.

Les cartes de crédits et les appareils électroniques risquent d'être gravement endommagés par le champ magnétique. Pour votre sécurité, il est très important de comprendre et de répondre attentivement aux questions suivantes.

### Attention!

Avant d'entrer dans la salle d'examen, veuillez vous défaire de tous les objets suivants: montres, bijoux, portefeuille, clés, porte-monnaie, lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives, épingles à cheveux, postiche. Les cartes de crédit ainsi que toutes les cartes portant une bande magnétique seront effacées!

Tous les points énumérés ci-dessus concernent également les personnes qui vous accompagnent dans la salle d'examen!

**Si quelque chose n'est pas clair, n'hésitez pas à questionner notre personnel!**

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

### Etes-vous porteur de l'un des objets suivants?

	Oui	Non
- Stimulateur cardiaque (pacemaker)/Défibrillateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neurostimulateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pompe à insuline/Pompe à médicaments ou Capteur de glucose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Implant cochléaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Shunt ventriculo-péritonéal (shunt VP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Clip pour anévrisme de l'artère cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse auditive (appareil acoustique)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse dentaire amovible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tatouages ou perçages corporels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous été victime d'une blessure par arme à feu ou ayant laissé dans votre corps des fragments métalliques?**  Oui  Non

**Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?**  Oui  Non

**Avez-vous des allergies?**  Oui  Non

si oui, précisez:

**Avez-vous déjà été hospitalisé pour une réaction allergique grave?**  Oui  Non

**Hauteur:**  cm

**Poids:**  kg

### Questions supplémentaire pour les femmes?

**Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être?**  Oui  Non

si oui, dans quelle semaine?

J'ai compris l'information IRM et j'ai consciencieusement répondu à toutes les questions ci-dessus.

Date:

Signature:

Contrôlé par:

