

QUESTIONNAIRE RADIOLOGIE - EXAMEN IRM

Votre médecin vous a prescrit un examen IRM. Afin que cet examen se passe dans des conditions de sécurité optimales pour vous, nous vous prions de compléter le questionnaire suivant.

ATTENTION: VEUILLEZ ÉGALEMENT LIRE, COMPLÉTER ET SIGNER LE VERSO. POUR VOTRE SÉCURITÉ, SI CE DOCUMENT EST INCOMPLET, L'EXAMEN NE POURRA PAS ÊTRE EFFECTUÉ.

Portez-vous un dispositif médical ou des implants?	Non	Je ne suis pas sûr(e)	Oui
1. Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, depuis plus de 6 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, depuis plus de 6 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous porté un pacemaker/défibrillateur par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, y a-t-il encore d'autres composants électriques dans votre organisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Clips vasculaires cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Électrodes intracrâniennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Corps métalliques dans l'œil (limailles de fer/copeaux de métal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stimulateur implanté/pompe à médicaments / pompe de drainage / mesure de la pression, de la température et de l'oxygène intracrânienne / dérivation VP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mesure de la température de la vessie et/ou rectale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Implant cochléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dispositif de suivi mobile (sous-cutané) (p. ex. pour déterminer le taux de glycémie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Autres dispositifs/implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu par l'affirmative à au moins 1 des questions ci-dessus, veuillez le signaler à l'infirmier/au technologue IRM ou prendre contact avec le service IRM (09 332 40 82).

Questions supplémentaires	Non	Je ne suis pas sûr(e)	Oui
12. Avez-vous déjà subi une opération au cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Portez-vous une valve cardiaque artificielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà subi une opération à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous déjà subi une opération au dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Autre(s) opération(s) récente(s) et ancienne(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, lesquelles ? _____			
17. Portez-vous des cheveux postiches/une perruque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous déjà subi un examen radiologique avec un produit de contraste (= colorant) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, l'avez-vous bien supporté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non	Je ne suis pas sûr(e)	Oui
19. Avez-vous des corps ou limailles métalliques dans votre organisme ? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ? (p. ex. plomb, balle, implant, broche, plaque) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Travaillez-vous dans la métallurgie ou la soudure (professionnel/loisir) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Souffrez-vous d'insuffisance rénale (altération de la fonction rénale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Portez-vous un patch sur la peau (p. ex. Nitroderm ou Nicopatch) ou un pansement à l'argent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Souffrez-vous d'un glaucome (augmentation de la pression oculaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Souffrez-vous d'une hypertrophie de la prostate accompagnée de graves troubles de la miction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Êtes-vous allergique au Buscopan® ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Portez-vous un piercing, un tatouage ou du maquillage permanent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Portez-vous un dispositif externe de correction auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Êtes-vous enceinte ? Dans l'affirmative, nombre de semaines : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Portez-vous un dentier, une prothèse dentaire ou du matériel orthodontique ? Dans l'affirmative, est-il/elle fixé(e) à l'aide d'aimants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Portez-vous un cathéter à chambre implantable (port-a-cath) ? Dans l'affirmative, quand et dans quel hôpital ce cathéter à chambre implantable a-t-il été mis en place ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je donne mon consentement à l'utilisation de mes images IRM à des fins de recherche scientifique (en vue d'un traitement statistique, d'un traitement d'images ou de modèles mathématiques). À l'avenir, le service de radiologie de l'UZ Gent pourra aussi toujours me contacter personnellement, par téléphone ou par e-mail. Mon identité restera cachée à toute personne n'ayant aucune relation de soins avec moi. Je peux retirer ce consentement à tout moment sans que cela n'affecte la qualité de mes examens. Plus d'infos : chef du service de radiologie, secretariaat.radiologie@uzgent.be	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Vous pouvez utiliser les **casiers des espaces de préparation de l'IRM** pour ranger vos objets de valeur (carte d'identité, cartes bancaires, monnaie, clés et GSM). Vous pouvez garder les bagues en or et en argent jusqu'à nouvel ordre. Si vous avez d'autres questions, vous pouvez vous adresser à l'infirmier/au technologue IRM ou prendre contact avec le service RM.

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT CORRECTES ET PRÉCISES À LA DATE DE L'EXAMEN.

NOM DU PATIENT : _____ Taille : _____

Poids : _____

(Le cas échéant) Nom du parent/tuteur/de l'accompagnant _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

(patient/parent/tuteur/accompagnant)

Révisé par l'infirmier/le technologue IRM : _____

(initiales) _____ | _____ (paraphe)



Centre Hospitalier Universitaire de Gand
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent/Gand
www.uzgent.be