

Examen en résonance magnétique - Questionnaire pour patients

Votre médecin traitant a demandé d'effectuer un examen en résonance magnétique. Cela implique que vous vous trouverez dans un champ magnétique fort.

Dans le cadre de cet examen et pour votre sécurité, il est très important de remplir le questionnaire repris ci-dessous de façon correcte et complète à ce que nous puissions tracer des contre-indications potentielles avant l'examen.

Prière d'emmener ce formulaire dûment complété et de le remettre à la personne qui effectuera l'examen. Au cas où le document est incomplet, l'examen pourrait être annulé pour des raisons de sécurité vis-à-vis de votre personne.

Êtes-vous porteur d'un/une:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Stimulateur cardiaque (pacemaker) ou défibrillateur cardiaque implanté? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Implant auditif ou prothèse cochléaire? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Pompe d'insuline / pompe implantable à insuline, neurostimulateur, drain VP? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Corps étranger intraoculaire (éclats de métal) ou avez-vous du métal ailleurs dans le corps (balle, grêle, coupe-herbe, épingle, plaque, implant mammaire temporaire avec porte magnétique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

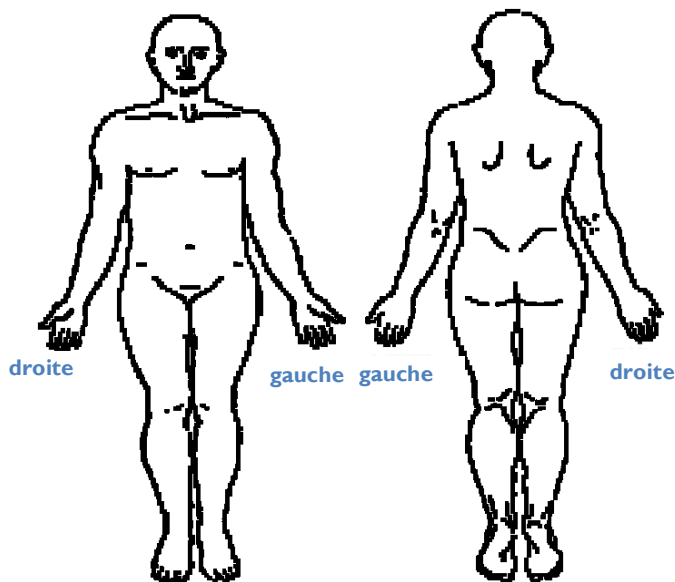
SI VOUS AVEZ RÉPONDU 'OUI' À UNE/PLUSIEURS QUESTION(S) SUSMENTIONNÉES, VEUILLEZ CONTACTER AU PLUS VITE LE SERVICE DE RADIOLOGIE PENDANT LES HEURES DE BUREAU AU NUMÉRO 016/34 36 60.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 5. Avez-vous, en tant que patient diabétique, un <u>autocollant capteur pour la mesure du glucose</u> ? Veillez contacter 016/34 36 59 ou 016/34 36 60 pour planifier votre rendez-vous le plus près possible du jour où vous changez votre autocollant. | | |
| 6. Si votre rendez-vous MR est planifié en tant que vous avez un ' <u>on-body injector</u> ' pour Neulasta (chimiothérapie), veillez contacter 016/34 36 59 ou 016/34 36 60 pour replanifier votre rendez-vous. | | |
| 7. Avez-vous un appareil auditif? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous une valve cardiaque artificielle? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous une prothèse articulaire, une prothèse dentaire ou une prothèse conjointe? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous un port-o-cath? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 11. Avez-vous déjà subi une chirurgie au cerveau? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous déjà subi une opération vasculaire / implantation d'un 'cathéter'? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 13. Avez-vous eu une transplantation d'organe? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 14. Portez-vous un patch transdermique sur le corps? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 15. Avez-vous un tatouage, du maquillage (permanent) aux yeux ou un piercing corporel? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Veillez tourner la page, compléter la suite et signer.

16. Portez-vous une perruque, des prolongations artificielles des cheveux ou de la peinture pour couvrir une tache chauve? Oui Non
17. Avez-vous une allergie au produit de contraste? Oui Non
18. Etes-vous enceinte ou allaitez-vous? Oui Non
19. Etes-vous connu pour des problèmes rénaux (insuffisance rénale)? Oui Non
20. Avez-vous un glaucome (une maladie oculaire) ? Oui Non
21. Avez-vous déjà eu une réaction aversive contre leBuscopan (pour relâcher les muscles) Oui Non

Prière d'indiquer l'endroit où vous auriez subi une opération.



Veillez retirer tous les objets métalliques que vous portez (piercing corporel, bijoux) et laissez-les dans le petit vestiaire, ainsi que votre carte d'identité, vos cartes bancaires, votre monnaie, vos ceintures, vos clefs, et votre téléphone mobile.

Si vous portez des piercings ou des bijoux qui sont difficiles à enlever, veuillez le communiquer s.v.p. au personnel du service de radiologie.

Des anneaux en argent/or qui sont difficiles à enlever peuvent être gardés au doigt.

JE DECLARE QUE LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LE PRESENT FORMULAIRE SONT EXACTES A LA DATE DE L'EXAMEN.

Nom du patient:..... Taille: ...m.....cm Poids:kg

Date de naissance du patient:

Nom (du patient ou du parent/tuteur ou du médecin) Date de l'examen Signature
..... /..... /.....