

## 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"/> |

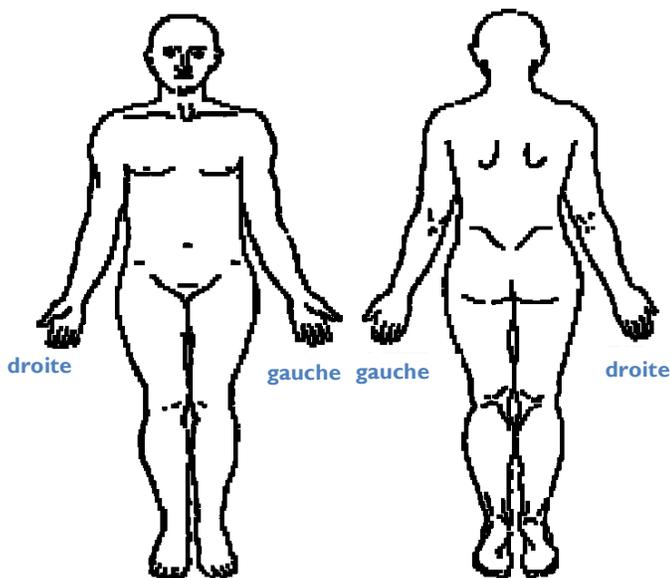
**SI VOUS AVEZ RÉPONDU 'OUI' À UNE/PLUSIEURS QUESTION(S) SUSMENTIONNÉES, VEUILLEZ CONTACTER AU PLUS VITE LE SERVICE DE RADIOLOGIE PENDANT LES HEURES DE BUREAU AU NUMÉRO 016/34 36 60.**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 5. Avez-vous, en tant que patient diabétique, un <u>autocollant capteur pour la mesure du glucose</u> ? <b>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.</b> |                              |                              |
| 6. Si votre rendez-vous MR est planifié en tant que vous avez un ' <u>on-body injector</u> ' pour Neulasta (chimiothérapie), <b>veillez contacter 016/34 36 59 ou 016/34 36 60 pour replanifier votre rendez-vous.</b>  |                              |                              |
| 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  
..... /..... /..... .....