

Nom :

Prénom :

Dossier :



QUESTIONNAIRE D'EXAMEN : RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Par mesure de sécurité, il est essentiel que le questionnaire suivant soit rempli par le médecin traitant et son patient.

- | Oui | Non | PORTEZ-VOUS : (CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES) |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Un stimulateur cardiaque (pacemaker) / défibrillateur implanté ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Un clip sur un anévrisme cérébral ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Un implant cochléaire (oreille interne) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Corps étranger métallique dans les yeux même si enlevé ou reçu il y a longtemps ? Si OUI, SVP une radiographie des orbites doit être faite et joindre le rapport à la demande. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Un neurostimulateur (TENS) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Une pompe à insuline implantée ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Un cathéter de SWAN-GANZ ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Une prothèse oculaire magnétique ? Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Un implant pénien ? |
| | | PORTEZ-VOUS : (CONTRE-INDICATIONS RELATIVES) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Une valve cardiaque ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Un clip vasculaire, filtre, endoprothèse (stent) vasculaire, matériel d'embolisation ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Pontage coronarien ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Un membre artificiel ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Tout autre implant ou métal, tel éclats d'obus, balle, matériel orthopédique ? si OUI, précisez : |
| | | Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale : |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. De la colonne ? si OUI, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Musculosquelettique ? si OUI, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Êtes-vous enceinte ? si OUI, de combien de semaines ? : _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Allaitiez-vous ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Souffrez-vous d'allergies ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Êtes-vous claustrophobe ? |
| | | 5. Quel est votre poids ? (maximum 350 lb) _____ |
| | | 6. Autres commentaires : _____ |

Signature du médecin

Date

Signature du patient