

Tout patient qui doit passer un examen d'IRM **DOIT** d'abord remplir ce formulaire. Veuillez répondre rigoureusement à chaque question et donner des précisions pour chaque question où vous avez répondu « Oui ».

Nom de famille du patient \_\_\_\_\_ Prénom du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  
 kg cm

Veuillez indiquer tout besoin spécial (p ex. incapacité visuelle ou auditive, besoin d'un interprète) :

Allergies connues :

- Important :**
- **Si vous prévoyez prendre un sédatif, vous devez avoir un accompagnateur qui vous reconduira chez vous après l'examen. Autrement, le rendez-vous sera annulé.**
  - **Retirez tout bijou, bijou de perçage, montre, etc., avant d'arriver au centre d'examen d'IRM.**
  - **Certains implants, appareils ou objets peuvent être dangereux pour vous ou nuire à votre examen d'IRM.**

**Veuillez répondre à ces questions de manière la plus précise possible.**

	Oui	Non	Si OUI, veuillez préciser (quoi, où, quand), s'il y a lieu
Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous ou avez-vous déjà eu un défibrillateur implanté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu une chirurgie cardiaque (p. ex. nouvelle valve, pontage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on implanté une agrafe, un tuteur, une spirale, un filtre ou une greffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà été opéré pour un anévrisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on implanté un appareil électronique, des fils, une pompe ou un stimulateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà été opéré à l'oreille ou à l'œil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu une blessure à l'œil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des traitements de dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on implanté un shunt (dérivation), un cathéter à accès vasculaire sous-cutané, une sonde, un cathéter de Hickman ou de Swan Ganz ou des électrodes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un implant artificiel (p. ex. œil, pénis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des prothèses ou des morceaux de métal dans le corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu une coloscopie ou une endoscopie dans les 6 dernières semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous le diabète, des crises épileptiques, le lupus, des antécédents de maladie du rein ou du cœur, d'AIT, d'AVC, d'hypertension (haute pression), ou une mauvaise circulation dans les jambes ou autres parties (à l'exception des varices)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des éclats d'obus ou une balle dans le corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu une transplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Veuillez répondre Oui ou Non aux questions suivantes :**

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Êtes-vous claustrophobe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà passé un examen d'IRM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des grains radioactifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porté à faire des chutes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, vous a-t-on injecté un produit de contraste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous a-t-on chirurgicalement implanté des tiges, des broches, des vis ou des plaques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à vous déplacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des bêtabloquants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Avez-vous un trouble du mouvement?	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un timbre de médicament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des tatouages ou du maquillage permanent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portez-vous des cosmétiques métalliques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un implant cochléaire, un appareil auditif ou un implant dans l'oreille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des bijoux ou des perçages?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu une arthroplastie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses dentaires (dentiers) complètes ou partielles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suivez-vous actuellement une chimiothérapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Questions pour les femmes :**

	Oui	Non		Oui	Non
Êtes-vous ménopausée? Si oui, quelle est la date de vos dernières menstruations (aaaa/mm/jj) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allaitiez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ou est-il possible que vous le soyez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portez-vous un stérilet ou un diaphragme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des implants ou des prothèses d'expansion tissulaires mammaires, ou un pessaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

J'atteste qu'à ma connaissance les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Nom de la personne qui a rempli le formulaire ou aidé le patient \_\_\_\_\_ Signature de la personne \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Formulaire rempli par :

- Le patient  Un membre de la famille  Un procureur

Lien avec le patient :