



QUESTIONNAIRE MÉDICAL EXAMEN D'IRM

Répondez à toutes les questions avec soin.

Les éléments suivants peuvent nuire à votre examen d'IRM et à votre sécurité.

L'information doit être fournie par le patient ou un membre de la famille capable et connaissant les antécédents du patient.

Poids :

Taille :

	Oui	Non	Quoi, quand, où (si applicable)
Utilisez-vous un lève personne à la maison?			
Avez-vous présentement, ou déjà eu, un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur?			
Avez-vous déjà été opéré à l'oreille, à l'œil ou pour le cœur?			
Avez-vous été opéré à cause d'un anévrisme?			
Vous a-t-on implanté une pompe, un stimulateur, des électrodes ou un appareil électronique?			
Avez-vous un tuteur intravasculaire (stent), une spirale, un filtre, une pince ou une greffe?			
Avez-vous eu une endoscopie ou colonoscopie 6 semaines avant votre rendez-vous?			
Avez-vous déjà vu un médecin pour enlever un morceau de métal de votre œil?			
Est-il possible que vous soyez enceinte?			
Suivez-vous des traitements de dialyse?			
Avez-vous des problèmes de : diabète, Lupus, reins, cœur, ICT, accident vasculaire, circulation dans les jambes ou autres membres (exclus les varices)? Préciser.			

Veuillez énumérer toutes allergies :

Veuillez énumérer toutes chirurgies :

Avez-vous?	Oui	Non	Avez-vous?	Oui	Non
un implant mammaire ou pénien			un shunt ou portacath		
un appareil auditif			un dispositif intra-utérin (stérilet), un diaphragme ou un pessaire		
un maquillage permanent ou un tatouage			Allaitiez-vous?		
un perçage sur le corps (piercing)			Avez-vous déjà passé un examen d'IRM??		
un timbre de nicotine ou de médicament			Si oui , avez-vous eu une injection de contraste?		
une prothèse dentaire amovible			Si oui , avez-vous eu une réaction au contraste?		
shrapnel ou une balle dans votre corps					

Avez-vous une autre prothèse ou un autre morceau de métal dans votre corps non couvert par ce questionnaire?

Prenez-vous des médicaments pour le coeur, la bronchite, l'asthme ou d'hypertension artérielle (haute pression) Oui Non
Si oui, lesquels :

Signature de la personne qui a rempli le formulaire _____ Lien de parenté avec le patient _____ Date (aaaa/mm/jj) _____

Cette information a-t-elle été fournie par le patient? Oui Non **Si non**, préciser :

Nom : _____ Lien de parenté avec le patient : _____

À être rempli par le technologue

Calculation d'eGFR (si applicable) _____ Date ode l'examen sanguin (aaaa/mm/jj) : _____

Les risques associés au produit de contraste et à l'examen ont été expliqués au patient qui a donné son consentement verbal et la ponction veineuse a été effectuée par : _____

Questionnaire revu par :	Injection accomplie par :	Produit de contraste et dose :	Réactions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------	---------------------------	--------------------------------	---