

## MRI vragenlijst Frans

### Questionnaire IRM

Une IRM nécessite des mesures de précaution (strictes).

En raison du champ magnétique, cet examen **ne peut généralement pas** être pratiqué sur ses personnes qui ont **un pacemaker ou un DCI, des implants auditifs, un neurostimulateur interne ou un expandeur tissulaire.**

Répondez aux questions ci-dessous dans les plus brefs délais. Si vous cochez 'oui' une ou fois aux questions 1 à 12, appelez le service de radiologie le plus rapidement possible au n° de téléphone (078) 654 71 90. Contactez également le service Radiologie de la polyclinique en cas de doute. Celui-ci est accessible du lundi au vendredi de 8 heures à 16 heures 30. Il faudra peut-être prendre des mesures de précaution supplémentaires ou reporter l'examen.

1. Avez-vous une valve cardiaque artificielle ?  oui  non
2. Avez-vous déjà eu un pacemaker, un DCI ou un ILR ?  oui  non
3. A-t-on déjà placé des clips ou des stents dans vos vaisseaux sanguins ?  oui  non
4. Portez-vous un neurostimulateur ?  oui  non
5. Portez-vous un expandeur tissulaire ?  oui  non
6. Une pompe à insuline ou une autre pompe a-t-elle été installée à l'intérieur de votre corps ou sur celui-ci ?  
Ou portez-vous un système de mesure du glucose (patch) ?  oui  non
7. Avez-vous un cristallin artificiel pour lequel des clips métalliques ont été utilisés ?  oui  non
8. Portez-vous des implants auditifs ?  oui  non
9. Y a-t-il des implants magnétiques dans votre mâchoire ?  oui  non
10. Êtes-vous (éventuellement) enceinte ou pensez-vous l'être ?  oui  non
11. Avez-vous (déjà reçu) des éclats de métal dans l'oeil ?  oui  non

12. Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans la métallurgie ?  oui  non
13. Y a-t-il des matériaux en métal ou en plastique, comme par exemple des prothèses,  
dans votre corps ?  oui  non
14. Avez-vous déjà été opéré(e) ?  oui  non
15. Portez-vous un appareil auditif ?  oui  non
16. Avez-vous un tatouage ?  oui  non
17. Avez-vous un piercing ?  oui  non
18. Portez-vous un emplâtre médicamenteux ?  oui  non
19. Utilisez-vous de la pommade au zinc ou à l'oxyde de zinc ?  oui  non

Votre nom : \_\_\_\_\_

Votre date de naissance : \_\_\_\_\_

Votre poids : \_\_\_\_\_ kg et taille : \_\_\_\_\_ m

**Munissez-vous du questionnaire complété lors de votre rendez-vous.**