

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 expanseur 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 expanseur 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 ? ☐ oui ☐ non
Ou portez-vous un système de mesure du glucose (patch) ?
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 ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 13. Y a-t-il des matériaux en métal ou en plastique, comme par exemple des prothèses, dans votre corps ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 14. Avez-vous déjà été opéré(e) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 15. Portez-vous un appareil auditif ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 16. Avez-vous un tatouage ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 17. Avez-vous un piercing ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 18. Portez-vous un emplâtre médicamenteux ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 19. Utilisez-vous de la pommade au zinc ou à l'oxyde de zinc ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Votre nom : _____

Votre date de naissance : _____

Votre poids : _____ kg et taille : _____m

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