



POUR NOUS TROUVER

Transports publics

- Bus: ligne N° 3 (gare CFF - Bellevaux) ou N° 6 (Maladière - Sallaz) ou N° 21 (gare CFF - Blécherette), arrêt «Cecil»
- Train: gare CFF, Lausanne
- Métro: M1, station «Vigie».

CLINIQUE CECIL
INSTITUT DE RADIOLOGIE CECIL
 AVENUE MARC-DUFOUR 4
 CH-1007 LAUSANNE
 T 0800 005 003 (GRATUIT)
 T +41 21 310 50 03
 F +41 21 310 57 75
 RADIOLOGIE.CECIL@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE

INSTITUT DE RADIOLOGIE
 DIAGNOSTIQUE, INTERVENTIONNELLE
 ET DE MÉDECINE NUCLÉAIRE CECIL

HIRSLANDEN
 CLINIQUE CECIL

VOUS ALLEZ PASSER UNE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE OU I. R. M.

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a prescrit un examen radiologique par résonance magnétique. L'I. R. M. (Image par Résonance Magnétique) utilise un champ magnétique (aimant) et des ondes radio (**aucun rayon X n'est émis**).

Vous resterez en moyenne entre 20 et 45 minutes dans la salle d'examen. L'examen n'est pas douloureux, mais vous entendrez un bruit répétitif pendant la réalisation des images. Nous vous donnerons des tampons auriculaires pour protéger vos oreilles. Il vous sera aussi demandé de vous déshabiller et d'ôter toute pièce métallique (montre, lunettes, bijoux). Votre coopération est importante, vous devrez rester immobile durant l'examen. De plus, certains examens peuvent nécessiter une injection intraveineuse de produit de contraste (sans iode).

Votre participation commence maintenant. Il est très important que vous répondiez aux questions qui suivent.

Prénom _____

Nom _____

Date de naissance _____

Avez-vous déjà passé une I. R. M.? oui non

Avez-vous un stimulateur cardiaque? (pacemaker) oui non

Avez-vous une valve cardiaque posée il y a moins de 3 semaines? oui non

Avez-vous subi une opération cérébrale? oui non

Avez-vous des clips cérébraux métalliques? oui non

Souffrez-vous d'insuffisance rénale? oui non

Avez-vous un des problèmes suivants?

- Hypertension artérielle oui non

- Glaucome oui non

- Allergie quelconque oui non

si oui, lesquelles? _____

Avez-vous déjà eu une réaction allergique lors d'un examen radiologique avec injection d'un produit de contraste? oui non

Êtes-vous porteur d'un appareillage ou d'une prothèse quelconque?

- Matériel d'ostéosynthèse (broche, plaque, vis...) oui non

si oui, date de la pose et région _____

- Prothèse dentaire oui non

- Prothèse oculaire (œil de verre) oui non

- Prothèse auditive (appareil acoustique) oui non

- Prothèse endovasculaire (stent) oui non

si oui, quand a-t-il été posé? _____

- Implant cochléaire métallique oui non

- Avez-vous pu recevoir des éclats métalliques dans la région orbitaire? oui non

- Injecteur sous cutané, pompe à insuline oui non

- Neuro stimulateur, stimulateur oui non

- Pansements (patches) oui non

- Êtes-vous claustrophobe? oui non

- Votre poids (utile pour le réglage de la machine) _____ kg

- Votre taille (utile pour le réglage de la machine) _____ cm

Mesdames

- Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être? oui non

- Allaitiez-vous? oui non

Si vous avez mal compris certains points de cette fiche ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au technicien en radiologie médicale qui vous prendra en charge.

Après l'examen, les images seront interprétées par le médecin radiologue. Il établira un diagnostic et le transmettra par écrit à votre médecin dans les plus brefs délais.

Signature _____

ID TRM _____