

INFORMATION ET QUESTIONNAIRE SUR L'EXAMEN PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IMAGERIE RM)

Information:

La résonance magnétique (IRM) est un processus de diagnostic qui permet de produire des images du corps et qui fournit des informations supplémentaires dans certains cas. Il n'est pas fait usage de rayons x; l'information est obtenue par stimulation au moyen d'impulsions à haute fréquence (ondes radio) dans un champ magnétique très puissant et par des mesures effectuées au moyen d'antennes hautement sensibles (appelées bobines).

Ce que vous devez faire au cours du processus d'examen:

Veillez vous déshabiller dans la cabine selon les instructions des techniciens en radiologie. Pour l'examen, vous serez confortablement installé(e) sur une table, puis placé(e) dans l'appareil, qui a la forme d'un tuyau. Il est parfois nécessaire de procéder à une injection dans une veine du bras, pour diminuer l'activité intestinale ou améliorer le contraste de l'image. Pendant l'examen, veuillez rester détendu(e) et tranquillement couché(e) sur la table d'examen, et ne pas vous laisser perturber par un bruit de battement. Il arrive même, parfois, que des patients réussissent à s'endormir pendant l'examen. Vous êtes en tout temps en communication avec nous par le biais d'un interphone et pouvez donc, si nécessaire, prendre contact avec nous. Nous sommes également à même de maintenir le contact avec vous par interphone.

Mesures de précaution et questionnaire:

Afin que l'examen puisse être effectué sans danger, certaines précautions doivent être prises. Nous vous prions donc de bien vouloir répondre aux questions suivantes et d'attester par votre signature l'exactitude de vos réponses.

Avant d'entrer dans la zone à fort champ magnétique, vous devez impérativement enlever les objets suivants:

Lunettes, appareils acoustiques, bijoux, montres, porte-monnaie, vêtements à fermeture éclair, cartes de crédit, clés, barrettes, ceintures orthopédiques avec métal, soutiens-gorge.

Patientenetikette

Taille: _____ Poids: _____

Svp, cocher les réponses correctes

Êtes-vous actuellement enceinte?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous travaillé dans un endroit où vous auriez pu entrer en contact avec des particules de métal?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous fait un tatouage ces trois derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été opéré(e)? Si oui, à quelle partie du corps? Quelle opération?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des corps étrangers métalliques quelque part dans votre corps? Si oui, veuillez fournir des indications précises:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous a-t-il été implanté un stimulateur cardiaque, une pompe à insuline, un stimulateur nerveux ou tout autre auxiliaire médical analogue? Si oui, veuillez fournir des indications précises:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un appareil auditif implanté?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments anticoagulants? (Ex. Marcumar, Aspirine)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de problèmes rénaux?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies? Si oui, veuillez indiquer lesquelles :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



Date: _____

Signature du patient: _____

Visum MTRA: _____