



Radiologie

N° dossier CCSMTL : _____

Nom : _____

Prénom : _____

QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE EN RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET SIGNER LE FORMULAIRE

Quel est votre poids ? kg / lb Quelle est votre taille ? cm / m / po

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous a-t-on déjà fait un examen de résonance magnétique ?
		Si oui , pour quelle partie du corps ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous été blessé aux yeux : <input type="checkbox"/> balle <input type="checkbox"/> plomb <input type="checkbox"/> fragment d'obus <input type="checkbox"/> éclat métallique <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous claustrophobe ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous diabétique ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous en insuffisance rénale sévère ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments pour le cœur ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une allergie à un produit pour imagerie médicale (produit de contraste) ?

Oui	Non	Avez-vous déjà été opéré(e) au courant de votre vie ? (Précisez toute opération)		
		Partie du corps	Opération	Date approximative
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tête		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax/cœur		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonne vertébrale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (précisez)		

Oui	Non	Portez-vous :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil auditif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiostimulateur (pacemaker ou défibrillateur)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clip sur un anévrisme cérébral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corps étranger en métal : <input type="checkbox"/> balle <input type="checkbox"/> plomb <input type="checkbox"/> fragment d'obus <input type="checkbox"/> éclat métallique <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentier ou appareil d'orthodontie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaphragme, stérilet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Électrodes dans le cœur (épicaudiques), pontages
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filtre, cathéter dans un vaisseau sanguin, prothèse valvulaire cardiaque, stent vasculaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant dans l'oreille (cochléaire)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implants orthopédiques : <input type="checkbox"/> plaque <input type="checkbox"/> vis <input type="checkbox"/> prothèse <input type="checkbox"/> clou <input type="checkbox"/> intramédullaire <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implants : <input type="checkbox"/> pénien <input type="checkbox"/> extenseurs mammaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membres artificiels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulateur/stimulateur électrique pour les os
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maquillage permanent <input type="checkbox"/> Perçage « Piercing » <input type="checkbox"/> Tatouage(s) (Risque de brûlure)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pompe à insuline implantée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timbre transdermique (Patch)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse capillaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valve de dérivation ventriculo péritonéale

→ Des bouchons pour oreilles ou des écouteurs seront fournis et devront obligatoirement être portés durant l'examen. Je certifie que mes réponses sont exactes et je consens à l'examen par résonance magnétique.

Signature Patient

Date

Technologue

Date

Radiologie

N° dossier CCSMTL : _____

Nom : _____

Prénom : _____

N 1 420 919 M51a 21/04/2015 10:07
 RADIMAGE TESTHND - TEST
 2015 - 113953
 6315 ECHO PELVIEN (Limitee)
 QUEST IONNA IRE
 Radiologie DSM - Questionnaire - FR

MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) PATIENT SCREENING FORM

ANSWER ALL QUESTIONS AND SIGN FORM

Weight? kg / pound Height? cm / m / inch

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had a magnetic resonance examination before?
		If so, which part of the body was imaged?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had eye injury from <input type="checkbox"/> bullet <input type="checkbox"/> projectile <input type="checkbox"/> metallic fragment <input type="checkbox"/> other
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you claustrophobic (fear of closed/tight spaces)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you, or could you currently be, pregnant?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you diabetic ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have severe kidney disease ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently taking heart medication?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had an adverse reaction to an imaging contrast agent?

Yes	No	Have you ever had surgery? If so, provide details below:		
		Body part	Surgery	Date of surgery
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax/Heart		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (specify)		

Yes	No	Do you have any of the following:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing aid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacemaker and/or heart defibrillator
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerebral aneurysm clip
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallic foreign body: <input type="checkbox"/> bullet <input type="checkbox"/> projectile <input type="checkbox"/> metallic fragment <input type="checkbox"/> other
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentures, or dental implants
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaphragm, or other intra-uterine device (Nova-T, Mirena, or other)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart electrodes (epicardic or other), coronary bypass
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood vessel catheter, filter, heart valve prosthesis, vascular stent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cochlear implant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthopaedic implant : <input type="checkbox"/> plate <input type="checkbox"/> screw(s) <input type="checkbox"/> prosthesis <input type="checkbox"/> medullary nail(s) <input type="checkbox"/> other
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant <input type="checkbox"/> Penile implant <input type="checkbox"/> Breast expanders
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial limb(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulator or electronic stimulator
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> permanent makeup <input type="checkbox"/> piercing <input type="checkbox"/> tattoo(s) (burn risk)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implanted insulin pump
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transdermic patch or other patch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hair implant or prosthesis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventriculoperitoneal shunt and/or valve

→ Ear plugs and earphones will be provided and must be worn during the examination.
 I hereby certify that the answers I provided are truthful and exact, and I provide my full consent to undergo this magnetic resonance imaging examination.

Patient Signature

Date

Technologist

Date