



QUESTIONNAIRE POUR L'IRM

Untersuchungsdatum:

Pat.-ID:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

| | | |
|--|----------------------------|-------------------------------------|
| L'accompagnateur d. Le patient confirme avoir répondu entièrement non aux questions mentionnées en S2 : | Nom, prénom accompagnant : | Date, signature de l'accompagnant : |
|--|----------------------------|-------------------------------------|

Informations personnelles ---- à ne pas compléter par le patient

Histoire:

| Herzschrittmacher | O Non | O Ja |
|--------------------------|--------|------|
| Protokoll: _____ | | |
| VA von Pat. mitgebracht? | O Nein | O Ja |
| VA angefordert? | O Nein | O Ja |
| Wo? _____ Wann: _____ | | |

Cher patient,

Nous aimerions vous fournir des informations sur l'imagerie par résonance magnétique et vous demander de répondre à quelques questions importantes.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) produit des images transversales du corps. L'enquête est divisée en plusieurs sections. Chaque section peut durer jusqu'à 10 minutes. La durée totale de l'examen est généralement d'environ 20 à 30 minutes. Pendant l'examen, vous entendrez parfois un bruit de cognement fort.

Pour obtenir des résultats optimaux, vous devez **rester absolument immobile** pendant l'examen.

Si vous êtes claustrophobe, n'hésitez pas à le mentionner avant l'examen.

Vous avez toutefois la possibilité de contacter le personnel qui vous surveillera en permanence et nous serons heureux de vous fournir une protection auditive.

Pour certains examens, il peut être nécessaire d'injecter un produit de contraste par une veine (ce n'est pas nécessaire dans la plupart des cas pour les examens de la colonne vertébrale ou des articulations) - vous ne ressentirez généralement rien.

Très rarement, des réactions allergiques telles que des malaises, des démangeaisons cutanées ou des nausées surviennent, qui disparaissent généralement d'elles-mêmes. Les réactions graves du système cardiovasculaire, le gonflement de la gorge ou l'essoufflement, qui nécessitent un traitement médicamenteux et/ou hospitalier, sont extrêmement rares.

Comme pour toute ponction veineuse, un gonflement au niveau du site de ponction est possible.

En raison du fort champ magnétique, il existe certaines contre-indications importantes qui doivent être respectées avant d'entrer dans la salle d'examen.

Nous vous demandons donc de répondre précisément aux questions suivantes: (Veuillez cocher la case appropriée)

Avez-vous utilisé l'un des appareils suivants?

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Stimulateur cardiaque | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Valvule cardiaque | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Neurostimulateur / shunt pour drainage du liquide céphalo-rachidien | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Prothèse d'oreille interne (implant cochléaire) | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Pompe à insuline, pompe à douleur | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Autres implants | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Portez-vous un appareil auditif? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Portez-vous des stents, des pontages ou des clips chirurgicaux? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Si oui, depuis quand? _____ | | |
| Avez-vous des tatouages, des piercings ou du maquillage permanent? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Portez-vous un patch médicamenteux? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Portez-vous des prothèses dentaires? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |

Avez-vous l'un des métaux suivants dans votre corps?

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| - Métal/éclats d'obus | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| - Clous métalliques après une fracture | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| - Prothèses articulaires | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Avez-vous subi une intervention chirurgicale à la tête ou aux yeux? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Avez-vous subi une intervention chirurgicale sur la région à examiner aujourd'hui? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Si oui, quand? _____ | | |
| Avez-vous des allergies connues? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Souffrez-vous d'une insuffisance rénale grave connue? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| - Si oui, la dialyse est-elle actuellement nécessaire ? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Existe-t-il des images préliminaires de la région à examiner aujourd'hui (Également radiographie ou tomodensitométrie) | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
| Si oui, quand et où ? _____ | | |

Veillez entrer votre poids ici : _____ kg

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Êtes-vous enceinte?  | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
|---|---------------------------|---------------------------|

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Haben Sie Platzangst (Klaustrophobie)? | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui |
|--|---------------------------|---------------------------|

1. Avant l'examen, il est absolument nécessaire que toutes les pièces métalliques telles que les prothèses amovibles, les bijoux, les clés, les briquets, les pièces de monnaie, les montres, les appareils auditifs, les lunettes, etc. soient laissées en cabine (**y compris les cartes de crédit/cartes de débit/cartes de stationnement**)

2. **Uniquement pour les examens du coude et des mains :**
Un stockage spécial est requis ici. Parfois, il y a des restrictions de mouvement par la suite, mais celles-ci sont généralement résolues rapidement.

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| J'ai compris le questionnaire et répondu consciencieusement aux questions. | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---|---------------------------|---------------------------|

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| J'accepte une éventuelle administration de produit de contraste. | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---|---------------------------|---------------------------|

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Je n'ai plus de questions et j'accepte l'examen. | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---|---------------------------|---------------------------|

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| J'accepte l'archivage (stockage) électronique du questionnaire (voir avis dans la salle d'attente ou www.roentgenpraxis-trier.de) | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|--|---------------------------|---------------------------|

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| J'accepte la demande/la transmission de mes résultats et, si nécessaire, des images à mes médecins traitants ou à mes cliniques et cabinets médicaux. | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|--|---------------------------|---------------------------|

Je suis conscient que je peux révoquer cette déclaration en totalité ou en partie à tout moment dans le futur.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____