

# Préparer votre étude IRM

- [Politiques générales de fonctionnement](#)
- [Informations utiles pour les participants \(En cours de rédaction\)](#)
- [Formulaire des contres indications IRM\\_Participants à un projet de recherche](#)
- [Formulaire de dépistage des contre-indications IRM \(English\)](#)

# Politiques générales de fonctionnement

## Politiques de réservation d'une séance IRM (clinique ou préclinique) :

Les réservations se font via la plateforme de réservation en ligne [Booked](#). Afin de faciliter la programmation des séances IRM, du simulateur IRM et des différentes salles au sein de la plateforme de neuroimagerie. Veuillez vous référer à la fiche pratique "[comment faire pour réserver une salle via Booked](#)".

- Les réservations doivent être faites pendant les heures normales d'ouvertures (du lundi au vendredi, de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00).
- Il est recommandé de ne pas réserver une séance avant d'avoir validé avec le participant sa disponibilité.
- Les réservations doivent être faites pour un minimum de 30 minutes.
- La durée des réservations augmente par incréments de 15 minutes
- Le temps d'installation et le temps de nettoyage doivent être pris en considération lors de la réservation des plages horaires.
- L'utilisation de l'IRM en dehors des heures normales d'ouvertures sera discuté au cas par cas selon les disponibilités du personnel IRM.
- Les réservations en dehors des heures régulières d'activité sont possibles après en avoir fait la demande à la personne responsable de la plateforme.
- Il est demandé que deux membres de l'équipe de recherche accompagnent le participant lors d'une séance IRM (IRM 7T).
- Le chercheur et les membres de son équipe sont responsables de consulter le calendrier de réservation en ligne pour connaître les heures de disponibilités des IRM. Le calendrier est disponible à l'adresse : <https://reservation.exp.ciusscn.ulaval.ca/Web/schedule.php>
- Le temps réservé sera affiché sur le calendrier et sera confirmé au moins 48 heures ouvrables avant l'heure du scan par le/la technologue IRM. Le chercheur ou un membre de son équipe peut modifier ou annuler la réservation à tout moment avant cette confirmation.
- Il est de la responsabilité du chercheur et de son équipe de recherche de vérifier que le créneau horaire lui a été accordé.

## Séances pilote et de développement :

Ces séances permettent de faire le point sur le protocole IRM (séquences), le matériel nécessaires, son installation et sa configuration. Il est pour cela important que :

- Le chercheur ou la chercheuse soit sur place lors des séances pilotes et de développements.
- La programmation de ces séances doit être discutée avec la technologue IRM avant de réserver une séance. Il est nécessaire de convenir du matériel présent sur la plateforme et celui que l'équipe devra apporter, ainsi que du temps optimal pour une bonne planification du projet.

## Politiques d'annulations :

- Toute réservation d'une séance IRM devra être payée à moins d'être annulée au moins 48 heures à l'avance.
- Si un participant a des symptômes de covid déclarés moins de 48 heures avant la séance IRM, cette séance ne sera pas facturée.

## Données

### Images IRM

- Les images IRM sont transférées sur le cloud CIUSSSCN\_Recherche au plus tard 72h après l'acquisition des images.
- Elles seront disponibles sur le cloud au format DICOM et accessibles aux chercheurs pour une période de 14 jours.
- Pour accéder aux données d'imagerie vous devez avoir vos identifiants CIUSSSCN-Recherche. Pour plus d'informations visitez le livre "Comment faire pour..." : <https://doc.exp.ciuSSSCN.ulaval.ca/books/intructions-comment-faire-pour/page/obtenir-des-acces-irm-et-identifiants-ciuSSSCN-recherche>
- Après l'acquisition, les données seront transférées sur le cloud CIUSSSCN-Recherche.
- Il est de la responsabilité du chercheur et de son équipe de recherche de s'assurer qu'ils ont obtenus leurs données avant qu'elles ne soient supprimées du cloud (soit 14 jours après leur import sur le cloud).
- Il est fortement recommandé au chercheur de vérifier soigneusement ses images.
- En cas de problème avec les données ou si vous ne trouvez pas vos images, veuillez contacter le/la technologue IRM.
- Les données d'imagerie seront définitivement détruites de nos serveurs au 6 mois.

### Enregistrements physiologiques

Il est de la responsabilité des membres des équipes de recherche de sauvegarder les enregistrements physiologiques à la fin de chaque séance.

# Utilisation du matériel

La plateforme de neuroimagerie du CERVO met à disposition de ses utilisateurs du matériel technique à la point de la technologie. En utilisant le matériel mis à disposition par la plateforme, le chercheur et son groupe s'engagent selon les termes suivants:

- Les chercheurs sont responsables de mettre en place, faire fonctionner et retourner l'équipement à sa place, et ce, pour tout le matériel nécessaire pour leurs expériences.
- Le personnel de la plateforme est disponible, pendant les heures de travail, lorsque l'aide est nécessaire ; cependant, les chercheurs sont responsables de l'équipement requis pour leurs expériences.
- Il est demandé aux utilisateurs de procéder au nettoyage du matériel qu'ils ont utilisé pendant la séance.

## Responsabilités :

- Les équipes de recherches sont responsables de la sécurité et de l'encadrement de leur membres lorsqu'ils sont présents sur la plateforme de neuroimagerie du CERVO.
- Les équipes de recherches sont responsables de la prise en charge et de la sécurité de leurs participants lorsqu'ils sont présents sur la plateforme de neuroimagerie du CERVO.

# Informations utiles pour les participants (En cours de rédaction)

## Qu'est-ce que l'Imagerie par Résonance magnétique ?

La résonance magnétique ( ou plus couramment appelé IRM) est un examen de radiologie qui utilise un champ magnétique et des ondes radio pour faire des images en coupe des organes et des tissus du corps. Il n'y a pas de radiation ionisante.

## Présentation



## Déroulement d'une séance IRM

1. Un questionnaire sera complété à votre arrivée avec le personnel de recherche.
2. Vous serez ensuite dirigé vers les salles de déshabillages et la salle de bain. Les instructions vous seront données par le personnel de recherche.
3. Selon l'étude, des électrodes seront installées sur vous.
4. La technologue IRM va réviser le questionnaire avec vous avant d'entrer dans la salle.
5. Vous serez ensuite amené dans la salle de l'IRM.

6. Une fois sur la table de l'IRM, nous installerons les différents dispositifs nécessaires pour l'étude (Exemple: manettes, écouteurs, électrodes, ceinture respiratoire, etc)

## Formulaire de dépistages des contre-indications associées à l'IRM

Voir les deux prochaines pages pour le formulaire.

## Accueil/accès à la plateforme/stationnement

Toutes les directives seront données par l'équipe de recherche.

# Formulaire des contres indications IRM\_Participants à un projet de recherche

## **Formulaire de dépistage des contre-indications IRM**

### **Pour les participants à un projet de recherche**

Les informations contenues dans ce document sont traitées en toute confidentialité.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

Sexe : F ( ) H ( ) Autre ( )

Poids : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

#### **Chirurgie antérieure ?**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	Si oui, indiquer le <b>type</b> et la <b>date</b>
Tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thorax ou Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### **Portez-vous ?**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Pacemaker/Cardiostimulateur/Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valve ou prothèses cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parapluie, filtre, cathéter ou endoprothèse (stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Shunt ventriculaire ou spinal (programmable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valve de dérivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurostimulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clip sur un anévrisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implant cochléaire ou appareil auditif implanté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispositif intra-utérin (DIU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragments métalliques (éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maquillage permanent/tatouage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implant oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Membre articulaire artificiel ou Prothèse orthopédique implanté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre type de prothèses (pénienne, expandeur mammaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pompe à insuline implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, ils doivent être enlevés
Verres de contact de couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, ils doivent être enlevés
Timbre transdermique (patch nicotine, nitroglycérine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, ils doivent être enlevés
Perçage corporel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, ils doivent être enlevés
Autre implant ou dispositif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez préciser le type



Avez-vous ?	OUI	NON
Des problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déjà été machiniste ou soudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déjà eu un examen par résonance magnétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

Etes-vous ?	OUI	NON
Enceinte ou susceptible de l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claustrophobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INSTRUCTIONS IMPORTANTES

- Toute opération subie moins de 6 semaines avant la date prévue de l'examen IRM est une contre-indication à la réalisation de l'examen IRM.
- Selon l'opération, même si au-delà de 6 semaines, le protocole opératoire peut être requis.
- Avant d'entrer dans l'environnement IRM ou dans la salle du système IRM, vous devez retirer tous les objets métalliques, y compris les appareils auditifs, les prothèses dentaires, les plaques partielles, les clés, les bips, les téléphones portables, les lunettes, les épingles à cheveux, les barrettes, les bijoux, les piercing, les montres, les épingles à nourrice, les trombones, les pinces à billets, les cartes de crédit, les cartes bancaires, les cartes à bande magnétique, les pièces de monnaie, les stylos, les couteaux de poche, les coupe-ongles, les outils, les vêtements avec des attaches métalliques et les vêtements avec des fils métalliques.
- Veuillez consulter le technologue en IRM ou le personnel de recherche si vous avez des questions ou des inquiétudes AVANT d'entrer dans la salle d'IRM.

J'atteste que les informations ci-dessus sont correctes. J'ai lu et compris le contenu de ce formulaire et j'ai eu l'occasion de poser des questions sur les informations qu'il contient et sur l'examen d'IRM.

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Informations sur le formulaire examinées par (personnel de recherche)

Nom et signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Informations sur le formulaire examinées par (Technologue IRM)

Nom et signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Formulaire de dépistage des  
contre-indications IRM  
(English)

## **MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE** **SCREENING FORM FOR VOLUNTEERS**

Last name : \_\_\_\_\_

First name : \_\_\_\_\_

Date of Birth : \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

Height : \_\_\_\_\_

Sex : Male ( ) Female ( ) Other ( )

Weight : \_\_\_\_\_

**Have you had prior surgery or an operation ?**

	Yes	No	If yes, indicate the type and date
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen or Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopaedic surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vertebral column - spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Please indicate if you have any of the following :**

	Yes	No	
Aneurysm clip(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiac pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart valve prosthesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implanted cardioverter defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metallic stent, filter, or coil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Electronic or Magnetically-activated implant or device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurostimulation system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spinal cord stimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Internal electrodes or wires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cochlear, otologic, or other ear implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insulin or other infusion pump or device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Any type of prosthesis (eye, penile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Shunt (spinal or intraventricular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vascular access port and/or catheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Any metallic fragment or foreign body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tissue expander (e.g., breast)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Surgical staples, clips, or metallic sutures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IUD, diaphragm, or pessary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tattoo or permanent makeup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Body piercing jewellery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hearing aid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Breathing problem or motion disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Yes	No
Have you had a prior MRI examination or MR procedure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever been injured by a metallic object or foreign body ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>For female volunteers</b>		
Are you pregnant or experiencing a late menstrual period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IMPORTANT INSTRUCTIONS

- Any operation performed less than 6 weeks before the scheduled date of the MRI exam is a contraindication to the performance of the MRI exam.
- Depending on the operation, even if beyond 6 weeks, the operating protocol may be required.
- Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewellery, body piercing jewellery, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.
- Please consult the MRI Technologist or Research staff if you have any question or concern BEFORE you enter the MR system room.

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I read and understood the contents of this form and had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MR procedure that I am about to undergo.

**Signature of Person Completing Form :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Form Information Reviewed By (Research staff) :**

**Name & Signature** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Form Information Reviewed By (MRI Technologist):**

**Name & Signature** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_