

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

**Formulaire de dépistage des contre-indications IRM  
Pour les participants à un projets de recherche**

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

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: F ( ) H ( ) Autre ( ) Poids: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_

**Chirurgie antérieure?**

**Oui Non** Si oui, indiquer le **type** et la **date**

Tête			
Coeur			
Thorax ou Abdomen			
Extrémités			
Colonne vertébrale			
Autre			

**Êtes-vous porteur d'un dispositif listé ci dessous:**

**Oui Non** Si oui, indiquer le **modèle**

Pacemaker/Cardiostimulateur/Défibrillateur			
Clip sur un anévrisme			
Fragment d'électrode ou guide métallique laissé en place (Bypass)			
Valve ou prothèse cardiaque			
Neurostimulateur			
Shunt ventriculaire ou spinal (programmable)			
Valve de dérivation			
Implant cochléaire			
Pompe à insuline implantée			
Clips hémostatiques			
Parapluie, filtre, cathéter ou endoprothèse			
Appareil auditif implanté			
Autre type de prothèses (pénienne, expandeur mammaire)			
Lentilles Triggerfish			
Appareil dentaire magnétique			
Dispositif sternal pédiatrique implantable			
Implant de tympanoplastie et stapédecotomie (oreilles)			

**Oui Non** Si oui, indiquer le modèle

Tiges de Harrington (traitement de la scoliose)			
Fragments métalliques (éclats d'obus ou projectiles d'arme à feu)			
Stent cardiaque			
Membre articulaire artificiel ou prothèse orthopédique			
Implant oculaire			
Dispositif intra-utérin (ex. Stérilet, anneau, clip pour ligature)			
Autre implant ou dispositif médical			

**Oui Non** Si oui, ils doivent être retirés

Capteurs de glycémie			
Lunette, lentilles de contact de couleur			
Timbre transdermique (patch nicotine, nitroglycérine)			
Perçage corporel			

**Avez-vous?**

**Oui Non**

Maquillage permanent		
Tatouage récent (de moins de 6 semaines)		
Problèmes respiratoires		
Déjà été machiniste ou soudeur		
Déjà eu un examen par résonance magnétique? (IRM)		

**Êtes-vous?**

**Oui Non**

Enceinte ou susceptible de l'être		
Claustrophobe		

### Instructions importantes

- Toute intervention, opération ou chirurgie médicale subie moins de 8 semaines avant la date prévue de l'examen IRM est une contre-indication à la réalisation de l'examen IRM.
- Selon l'intervention, l'opération, la chirurgie médicale, le protocole opératoire peut être requis.
- Avant d'entrer dans la salle IRM, veuillez retirer tous les objets métalliques ainsi que les vêtements avec des attaches ou fils métalliques et les vêtements qui ont été traités avec des matériaux antimicrobiens.
- 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 ou du tuteur légal

Signature: \_\_\_\_\_

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

### Vérification des informations par le personnel de recherche

Signature: \_\_\_\_\_

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

### Vérification des informations par le technologue IRM

Signature: \_\_\_\_\_

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

