

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 ?

	OUI	NON	Si oui, indiquer le type et la date
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 ?

	OUI	NON	
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"/>	Veillez 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 : _____