

# Intructions

# "Comment faire pour..."

Fiches pratiques pour les utilisateurs IRM.

- [Obtenir des identifiants CIUSSSCN-Recherche](#)
- [Plan de la plateforme](#)
- [Réserver une salle via Booked](#)
- [Formulaire de dépistage des contre indications IRM\\_Participant à un projet](#)
- [Comment faire pour récupérer vos données IRM](#)

# Obtenir des identifiants CIUSSSCN-Recherche

## Accès aux services de la plateforme informatique du CERVO (Booked, Nextcloud, Chat, Documentation)

Pour la documentation concernant les services en ligne :

<https://doc.exp.ciuSSSCN.ulaval.ca/shelves/la-plateforme-informatique>

Pour la documentation concernant les accès à ces services veuillez vous référer à :

<https://doc.exp.ciuSSSCN.ulaval.ca/books/identifiants-office-365/page/les-identifiants-utilises-au-ciuSSS-CN-recherche>

**Pour toute question concernant de nouveaux identifiants veuillez communiquer avec :**  
**[quentin.lux.ciuSSSCN@SSSS.gouv.qc.ca](mailto:quentin.lux.ciuSSSCN@SSSS.gouv.qc.ca)**

\*\*\*\*\* **IMPORTANT** \*\*\*\*\*

Les adresses courriels **@SSSS.gouv.qc.ca** ainsi que **@faculté.ulaval.ca** sont toutes deux reliées à un compte Office 365 offert par les institutions respectives.

Lorsque votre login CIUSSS-CN Recherche est créé, celui-ci est automatiquement associé à votre compte Office 365 et une invitation est envoyée pour rejoindre le tenant du CIUSSS-CN Recherche. Une fois acceptée, vous pourrez utiliser votre authentification Office 365 des institutions respectives pour ouvrir une session sur les services infonuagiques.

\*\*\*\*\* **ÉTAPES À SUIVRE** \*\*\*\*\*

Voici les étapes à suivre pour activer vos identifiants ciussscn-recherche :

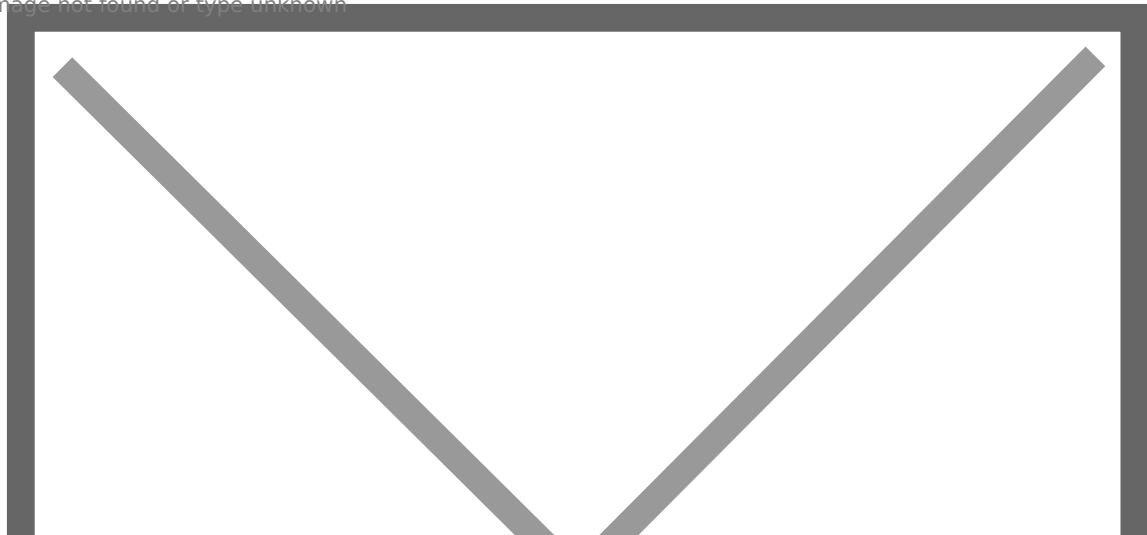
Please follow this steps to create your ciussscn-research credentials :

1. **Suivre ce lien :**

Follow this link :

[https://cloud.ciussscn.ulaval.ca/apps/user\\_saml/saml/selectUserBackEnd?redirectUrl=](https://cloud.ciussscn.ulaval.ca/apps/user_saml/saml/selectUserBackEnd?redirectUrl=)

Image not found or type unknown



2. Connectez vous avec vos accès **office 365 habituels (uLaval ou ciusss)**

Log in with your usual office 365 access (uLaval or ciusss)

3. Une fois connecté, allez dans **l'onglet fichiers**

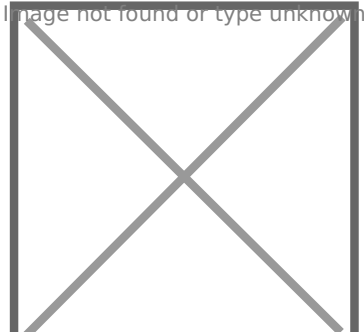
Once you have logged in, click on the files tab

Image not found or type unknown



4. Puis tout en bas de l'écran, cliquez sur **Paramètres**

Then at the bottom of the screen, click on Settings



5. Il y aura une adresse webDav qui va s'afficher

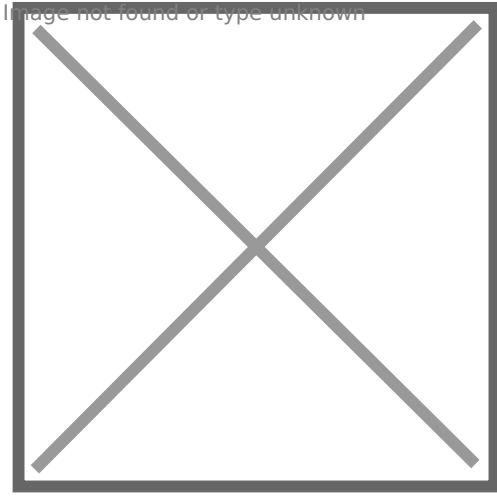
<https://cloud.ciussscn....> **Il n'est pas nécessaire**

**de suivre ce lien** juste prendre en note la fin  
de ce lien (C'est votre login CIUSSSCN-recherche).

En général c'est **prénom.nom**

There will be a webDav link that will be displayed

"<https://cloud.ciussscn....>" It is not necessary to  
follow this link. Write down the last part of the link  
(This is your CIUSSSCN-research login). It may look  
like : firstname.surname



6. Pour **définir votre mot de passe**, suivez ce lien:

To set your password, follow this link:

<https://id.ciussscn.ulaval.ca/>

7. Vous aurez alors accès aux ressources de la plateforme informatique, pour plus d'informations:

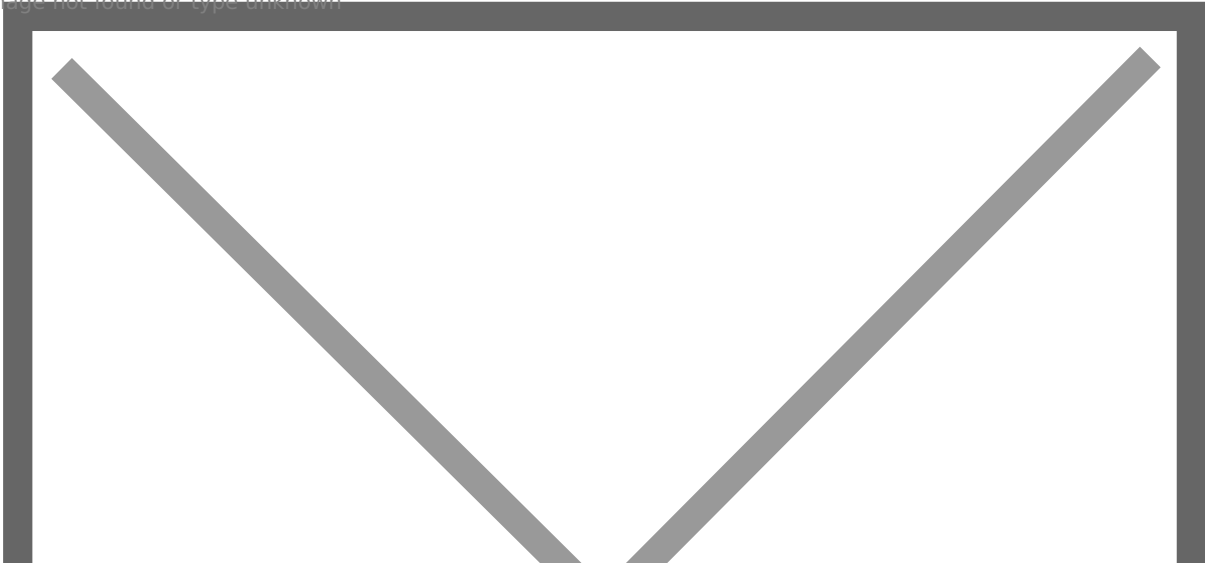
You will then have access to the resources of the IT platform, for more information:

<https://doc.exp.ciussscn.ulaval.ca/shelves/la-plateforme-informatique>

8. Si vous avez des questions ou des difficultés à vous connecter, en bas à droite de la page de connexion, vous pouvez contacter le service informatique.

*If you have any questions or difficulties logging in, at the bottom right of the login page, you can contact the IT department.*

Image not found or type unknown



- Une fois votre identifiant CIUSSSCN-Recherche activés, veuillez en informer la personne responsable de la plateforme IRM pourra vous donner accès au groupe des "Utilisateurs IRM".
- L'accès a ce groupe Utilisateur-IRM vous permet d'avoir accès :
  - Au canal "Support IRM" du [CIUSSSCN Chat](#), afin de pouvoir échanger avec la technologue IRM mais aussi avec les autres utilisateurs IRM.
  - Au système de transfert des données IRM : Nextcloud/IRM\_CERVO
  - Au calendrier de reservation [Booked](#)
  - A [la documentation](#) spécifique de la plateforme de neuroimagerie



Pour de l'information concernant l'outil formulaire en ligne :

<https://doc.exp.ciuSSSCN.ulaval.ca/books/formulaires>



Pour de l'information concernant la plateforme de réservation de salles Booked :

<https://doc.exp.ciussscn.ulaval.ca/books/reservations-de-salles>



Pour de l'information concernant le cloud :

<https://doc.exp.ciussscn.ulaval.ca/books/cloud>



Pour de l'information concernant le chat :

<https://doc.exp.ciussscn.ulaval.ca/books/chat>

# Plan de la plateforme







# Réserver une salle via Booked

- Pour accéder à la plateforme en ligne Booked : [Lien vers la plateforme de réservation Booked](#)
- Pour plus d'informations concernant la plateforme Booked : [Lien vers Documentation ciuss-Recherche](#)

**IRM 3Tesla**



**IRM 7Tesla**



# Formulaire de dépistage des contre indications IRM\_Participant à un projet

Version française

## **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 : \_\_\_\_\_

## **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"/>	

Plateforme IRM UNIC - CERVO

Version Avril 2023

1/2

**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"/>

**For female volunteers**

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.





# Comment faire pour récupérer vos données IRM

## Images IRM

- Une fois que vous avez vos identifiants CIUSSSCN-Recherche. Vous pourrez vous connecter à la plateforme [Next Cloud](#).
- Un dossier avec le nom de votre labo sera créé. Ce dossier sera divisé en sous dossiers projets de recherche. Et vous pourrez télécharger vos données dans ce dossier.
- Il est fortement recommandé de réaliser une sauvegarde de vos données localement et cela de façon régulière.

## Enregistrements physiologiques

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