

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 ?

	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"/>	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"/>	

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.

Révision #3

Créé 5 avril 2023 17:28:29 par Mouni Amrane

Mis à jour 21 juin 2024 11:30:59 par Daphnée Le Sage