

Formulaire de dépistage des
contre indications

IRM_Participant à un projet

**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: _____

Magnetic resonance imaging screening form For participants in research projects

The information contained in this document is treated as strictly confidential.

Name: _____ First name: _____

Date of birth : _____ Sex: F () M () Autre () Weight: _____
Height: _____

Anterior surgery?

Yes No If yes, indicate the **type** and **date**

Head			
Heart			
Chest or Abdomen			
Extremities			
Spine			
Other			

Do you have any of the devices listed below

Yes No If yes, indicate the model

Pacemaker/Cardiac pacemaker/Defibrillator			
An aneurysm clip			
Electrode fragment or metal guide left in place (bypass)			
Heart valve or prosthesis			
Neurostimulator			
Ventricular or spinal shunt (programmable)			
Bypass valve			
Cochlear implant			
Implanted insulin pump			
Hemostatic clips			
Umbrella, filter, catheter, or stent			
Implanted hearing device			
Other types of prostheses (penile, breast expander)			
Triggerfish lenses			
Magnetic dental appliance			
Implantable pediatric sternal device			
Tympanoplasty and stapedectomy implant (ears)			

Yes No If yes, indicate the model

Harrington rods (scoliosis treatment)			
Metal fragments (shell fragments or firearm projectiles)			
Cardiac stent			
Artificial joint member or orthopedic prosthesis			
Ocular implant			
Intrauterine device (e.g., IUD, ring, ligation clip)			
Other implant or medical device			

Yes No If yes, they must be removed.

Blood glucose sensors			
Glasses, colored contact lenses			
Transdermal patch (nicotine patch, nitroglycerin patch)			
Body piercing			

Do you have?

Yes No

Permanent makeup		
Recent tattoo (less than 6 weeks old)		
Respiratory problems		
Previously worked as a machinist or welder		
Have you ever had an MRI scan?		

Are you?

Yes No

Pregnant or possibly pregnant		
Claustrophobic		

Important instructions

- Any medical procedure, operation, or surgery undergone less than 8 weeks before the scheduled MRI examination date is a contraindication to performing the MRI examination.
- Depending on the procedure, operation, or medical surgery, a surgical protocol may be required.
- Before entering the MRI room, please remove all metal objects, clothing with metal fasteners or threads, and clothing that has been treated with antimicrobial materials.
- Please consult with the MRI technologist or research staff if you have any questions or concerns BEFORE entering the MRI room.

I certify that the above information is correct. I have read and understood the contents of this form and have had the opportunity to ask questions about the information it contains and about the MRI examination.

Signature of the participant or legal guardian

Signature: _____

Date: _____

Verification of the information by the research staff

Signature: _____

Date: _____

Verification of the information by the MRI technologist

Signature: _____

Date: _____

