

## QUESTIONNAIRE: CONTRA-INDICATIONS IRM

### À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR ET À APPORTER À L'EXAMEN

Pendant un examen IRM vous vous trouverez dans un champ magnétique fort, par conséquent, certaines précautions de sécurité sont nécessaires. Veuillez lire cette liste attentivement et la remplir le plus complètement possible. **Au cas où le document est incomplet, l'examen pourrait être annulé pour des raisons de sécurité vis-à-vis de votre personne.**

Quelles opérations avez-vous subies?

Poids: ..... kg      Taille: ..... cm

- |                                                                               |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Portez-vous un stimulateur (pacemaker), défibrillateur ou moniteur cardiaque? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous un stimulateur cérébral, neural ou vésical?                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous une prothèse cochléaire, un drain VP ou un implant pénien?        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous une pompe d'insuline ou une pompe contre la douleur?              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous une valve cardiaque artificielle?                                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Si vous avez répondu 'oui' à une ou plusieurs des questions susmentionnées, des informations supplémentaires seront nécessaires avant l'examen IRM. Veuillez contactez notre service de radiologie au 016/209242 ou par e-mail à [radiologie@hhleuven.be](mailto:radiologie@hhleuven.be).**

- |                                                                                        |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous un stent?                                                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous déjà subi une chirurgie au cerveau? Des clips vasculaires?                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous un appareil auditif?                                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous un œil artificiel avec aimant?                                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des éclats métalliques dans l'œil? (métallurgiste)                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des implants dentaire, des dentiers ou du métal orthodontique?               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous une prothèse articulaire?                                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un autre objet métallique dans le corps (grêle, balle, épingle, plaque...) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous un patch médicamenteux sur le corps? Si oui, laquelle?.....                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un capteur pour la mesure du glucose? (pour les patients diabétiques)        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un tatouage, piercing, maquillage permanent, perruque ou des extensions?     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|                                                                                        |                              |                              |
| Etes-vous connu pour des problèmes rénaux (insuffisance rénale)?                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un glaucome (une maladie oculaire)?                                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous déjà eu des problèmes avec le produit de contraste utilisé en IRM?           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous rencontré d'autres problèmes lors d'examens IRM précédents?                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|                                                                                        |                              |                              |
| Êtes-vous enceinte?                                                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Allaitez-vous?                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Veuillez laisser tous les objets métalliques dans le vestiaire (bijoux, piercings, lunettes, montre, épingles à cheveux, cartes bancaires, carte d'identité, portefeuille, téléphone portable, pièces de monnaie, vêtements avec parties métalliques,...). En cas de doute ou si vous avez des questions, veuillez contacter le personnel de l'IRM.

Les heures d'ouverture pour les examens IRM s'étendent de 07h00 à 22h00 – ceci afin de minimiser les temps d'attente pour les patients. Aucun supplément n'est facturé pour les examens effectués entre 08h00 et 18h00. Pour les examens avant 08h00 et après 18h00 en semaine ou pour les examens effectués le week-end, un supplément forfaitaire de 40€ est facturé.

**Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes à la date de l'examen. J'accepte de payer le supplément si mon examen a lieu entre 18 heures et 8 heures ou le week-end.**

Date de l'examen: ...../...../.....

Nom et signature

.....