Questionnaire

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Chers patients

En raison du champ magnétique intense produit par l'IRM, il est important de signaler la présence de tous les objets métalliques implantés. Il faut se défaire de toute pièce métallique telle que bijoux, lunettes, prothèse auditive et prothèse dentaire amovible.

Les cartes de crédits et les appareils électroniques risquent d'être gravement endommagés par le champ magnétique. Pour votre sécurité, il est très important de comprendre et de répondre attentivement aux questions suivantes.

Attention!
Avant d'entrer dans la salle d'examen, veuillez vous défaire de tous les objets suivants: montres, bijoux, portefeuille, clés, porte-monnaie, lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives, épingles à cheveux, postiche. Les cartes de crédit ainsi que toutes les cartes portant une bande magnétique seront effacées!

Tous les points énumérés ci-dessus concernent également les personnes qui vous accompagnent dans la salle d'examen!

Si quelque chose n'est pas clair, n'hésitez pas à questionner notre personnel!

Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	

Etes-vous porteur de l'un des objets suivants?	**Oui**	**Non**
- Stimulateur cardiaque (pacemaker)/Défibrillateur?	☐	☐
- Neurostimulateur?	☐	☐
- Pompe à insuline/Pompe à médicaments ou Capteur de glucose?	☐	☐
- Implant cochléaire?	☐	☐
- Shunt ventriculo-péritonéal (shunt VP)?	☐	☐
- Clip pour anévrisme de l'artère cérébrale	☐	☐
- Prothèse auditive (appareil acoustique)?	☐	☐
- Prothèse dentaire amovible?	☐	☐
- Tatouages ou perçages corporels?	☐	☐
Avez-vous été victime d'une blessure par arme à feu ou ayant laissé dans votre corps des fragments métalliques?	☐	☐
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?	☐	☐
Avez-vous des allergies? si oui, précisez:	☐	☐
Avez-vous déjà été hospitalisé pour une réaction allergique grave?	☐	☐

Hauteur: ☐ cm **Poids:** ☐ kg

Questions supplémentaire pour les femmes?	**Oui**	**Non**
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être?	☐	☐
si oui, dans quelle semaine?		
Allaitez-vous actuellement ?	☐	☐

J'ai compris l'information IRM et j'ai consciencieusement répondu à toutes les questions ci-dessus.

Date:		Signature:		Contrôlé par:	

Version 2.2, 24.11.2026