

Chère Patiente, cher Patient,

Vous allez subir un examen par résonance magnétique. La tomographie par résonance magnétique (*IRM – Imagerie par Résonance Magnétique*) est une procédure d'acquisition d'images qui permet de visualiser les structures internes du corps.

Durant l'examen, la région examinée est placée au centre de l'appareil, dans lequel un champ magnétique homogène est produit.

Avec ce formulaire, nous voulons vous informer du déroulement de cet examen et des risques éventuels.

Déroulement

- La durée de l'examen est de 30 à 60 minutes selon le type d'examen.
- Il est important de rester sans bouger durant tout l'examen. Pour ce faire, vous serez installé de la manière la plus confortable possible.
- À tout moment, vous pouvez communiquer avec le personnel.
- Si l'examen l'exige, un produit de contraste vous sera administré par voie veineuse.
- Pendant l'examen, des bruits de frappement apparaîtront, à des degrés divers en fonction des séquences choisies. Cela est tout à fait normal. Pour protéger vos tympans, nous vous donnerons un casque et/ou des tampons auriculaires.

Comportement après l'examen

Après l'examen, vous pourrez reprendre votre activité normale.

Cependant si l'on vous a administré un tranquillisant par voie orale ou veineuse, vous ne devez ni conduire, ni utiliser de machines dangereuses durant les 12 prochaines heures.

Si durant le jour suivant l'examen vous remarquez des sensations inhabituelles, nous vous prions de nous contacter sans hésiter.

Important

Le port d'un pacemaker, d'une valve cardiaque, ou de tout élément contenant du fer près des yeux ou dans la tête constitue un facteur de risque majeur (risque de décès, de cécité).

En raison du champ magnétique très élevé, aucun objet, ni appareil métallique ou contenant de métal, ou ceux réagissant sensiblement à un effet magnétique, ne pourra être introduit dans la salle d'examen.

En suivant les consignes du personnel, laissez absolument ces objets ou appareils à l'extérieur de la salle d'examen (par ex. : téléphone mobile, monnaie, carte de crédit ou de banque, stylo, clés, pince à cheveux, montre, bijoux, lunettes, ceinture, appareil acoustique, etc.) !

Attention : Le champ magnétique est permanent.

Ne pénétrer dans la salle d'examen qu'en compagnie d'un membre du personnel

Risques

La résonance magnétique n'est liée à aucune irradiation et ne comporte aucun effet indésirable connu à ce jour.

- **En présence de tatouage (ou de maquillage permanent)** dans la région à examiner le communiquer au personnel. Un risque de lissage ou de création de taches et un échauffement de la région, surtout en cas de tatouage noir ou avec des cercles, pourra survenir à cause des champs magnétiques utilisés pour l'examen.
- Si un produit de contraste doit vous être administré, il se peut, dans de rares cas, qu'une allergie survienne.
- En cas d'implant cochléaire compatible, une possibilité de déplacement ne peut être exclue.

Pour prévenir ce risque ou d'autres contre-indications, nous vous prions de répondre au questionnaire de sécurité.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nom: _____	Date de naissance: <input style="width:100%;" type="text" value=" / /"/>
Prénom: _____	Poids : <input style="width:80%;" type="text"/> kg
	Taille : <input style="width:80%;" type="text"/> cm

	OUI	NON
Avez-vous déjà subi un examen par résonance magnétique (IRM)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un pacemaker, défibrillateur implantable ou d'un neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une intervention au niveau du cœur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cerveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des prothèses dentaires (dentier, ponts, implants, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixes <input type="checkbox"/> Amovibles <input type="checkbox"/>		
Avez-vous des morceaux de métal dans le corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Implants, prothèse, vis, plaque, valve cardiaque, stents ou clips après intervention chirurgicale, stérilet, piercing, faux cils • Eclats métalliques (en particulier dans les yeux) • Autre _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies médicamenteuses ou alimentaires ou d'asthme? Si oui, lesquelles: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un tatouage ou maquillage permanent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une capsule endoscopique au cours des deux derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un appareil acoustique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un patch transdermique (ex. NICOTINELL®, SCOPODERM®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un système d'autosurveillance du glucose ? (ex. FreeStyle Libre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La région à examiner a déjà subie une opération? Si oui, laquelle: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand? <input style="width:100%;" type="text" value=" / /"/>		
Pour les femmes :		
Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques / compléments d'informations? _____		
<p>Par ma signature, je confirme avoir lu le document « Information Patient IRM » et avoir compris et répondu correctement au présent questionnaire et donne mon accord à la réalisation de l'examen. Pour une meilleure évaluation de mon cas, j'accepte qu'Affidea puisse faire la demande d'anciens rapports ou examens.</p>		
Signature du patient: _____	Date :	<input style="width:100%;" type="text" value=" / /"/>