
Formulaire pour examen de Résonance Magnétique (IRM)

- Sede ORBV Bellinzona Tel. 091 811 86 54/55
- Sede OBV Mendrisio Tel. 091 811 32 54
- Sede ODL Locarno Tel. 091 811 46 28
- Sede ORL Lugano Tel. 091 811 60 91

<p>Prénom:</p> <p>Nom:</p> <p>Date de naissance:</p>
--

Chère patiente, cher patient,

Vous êtes ici pour un examen d'IRM.

On vous demandera de vous déshabiller et de enlever tous les objets amovibles: prothèses dentaires, aides auditives, épingles à cheveux, lunettes, verres de contact, bijoux, montre, porte-monnaie, cartes de crédit, clés, ceinture, vêtements avec des pièces métalliques, piercing, etc.

Pendant l'examen vous devrez rester immobile, pour garantir une bonne qualité.

Vous entendrez un bruit rythmique causé par le fonctionnement de l'appareil.

Vous serez toujours en contact avec le personnel soignant.

La durée de l'examen peut varier entre 20 et 60 minutes, selon la partie du corps à examiner.

Il est parfois nécessaire une injection intraveineuse d'un produit de contraste.

Chère patiente, cher patient, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

S'il vous plaît veuillez cocher la réponse correspondante:

Avez-vous déjà effectué une IRM?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, dans quel institut?		
Êtes-vous porteur d'un ou plusieurs objets dans le corps?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Avez-vous à present ou avez-vous eu dans le passé un Pace-maker / défibrillateur?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Valves cardiaques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Stents cardiaques, vascolaires ou by-pass (année de l'intervention	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Endoprothèse de l'aorte abdominale et/ou de l'aorte thoracique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Avez-vous à present ou avez-vous eu dans le passé des stimulateurs électriques pour les nerfs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Agrafes cérébrales (année de l'intervention	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Valves de dérivation (Shunt)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Pompes, infuseurs et/ou capteurs à insuline pour le diabète	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Prothèses orthopédiques, plaques ou agrafes chirurgicales	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- N'importe quel dispositif médical	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Éléments métalliques ou éclats métalliques de toute nature	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Prothèses ou appareils dentaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Appareils acoustiques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Implants cochléaires (oreille interne)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Verres de contact, prothèses ou implants oculaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Piercing, tatouages, maquillage permanent (make-up), patch médicamenteux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été soumis à des interventions chirurgicales? Lesquels?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En particulier, avez-vous été soumis à des interventions de chirurgie cardiaque?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de problèmes rénaux?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous de diabètes et/ou glaucome?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des allergies? Si oui lesquelles?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous de claustrophobie?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Poids corporel kg: Taille cm:		
Pour les patientes:		
Êtes-vous enceinte ou présumez-vous de l'être?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Date de la dernière période menstruelle:		
Avez-vous un implant mammaire?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un dispositif intra-utérin (spirale intra-utérine)?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Je confirme avoir lu et avoir répondu exactement aux questions. J'ai eu l'occasion de poser toute question au personnel soignant concernant l'examen de l'IRM et j'autorise cet examen.

Date:

Signature du **Patient** (Représentant
légal/thérapeutique):

.....

Data:

Nome e cognome o timbro del **medico**
che ha compilato il questionario*:

.....

Data:

Nome e cognome del **Tecnico di**
Radiologia:

.....