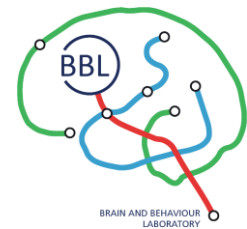


## Questionnaire de sécurité pour les participants aux études IRM



L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est totalement non invasive. L'examen pouvant être relativement bruyant, des protections auditives vous seront fournies. L'IRM utilise un champ magnétique intense et des ondes radio. Afin d'éviter tout risque, veuillez remplir ce questionnaire et remettez-le à l'opérateur AVANT D'ENTRER LA SALLE IRM. Il est également nécessaire de retirer tout objet métallique (appareil auditif, dentier, épingle à cheveux, bijoux, piercing, clés, téléphone portable, lunettes, montre, portemonnaie, et vêtements présentant des parties métalliques...).

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>		Sexe :	
Date de naissance :	Taille :            cm	Poids :            kg	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	

Avez-vous déjà passé un <b>examen IRM</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si c'est le cas, avez-vous rencontré des <b>problèmes</b> pendant ou après l'examen ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous ou pourriez-vous avoir un <b>objet ou éclat métallique</b> dans votre corps ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un <b>clip ou coil</b> pour anévrisme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous ou pourriez-vous avoir un objet ou un éclat métallique dans l' <b>oeil</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été exposé à de possibles <b>éclats métalliques</b> dans le cadre de votre travail (métallurgie, meulage, soudure au chalumeau, ...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un <b>pacemaker</b> ou un <b>défibrillateur automatique implantable</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une <b>pompe à insuline</b> ou une autre <b>pompe pharmacologique</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un <b>implant cochléaire ou auditif</b> ? Un appareil de <b>neurostimulation</b> ? Un <b>implant / appareil électronique</b> ou activable de manière magnétique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des <b>électrodes</b> ou <b>fils internes, cathéter</b> , etc. ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une <b>prothèse de valve cardiaque</b> , un <b>stent métallique</b> ou un <b>filtre</b> ? Une <b>prothèse, plaque, ou broche orthopédique</b> ? Des <b>vis</b> ou <b>fils</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un quelconque autre <b>implant</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous subi une <b>opération chirurgicale</b> ces 6 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Portez-vous un <b>stérilet</b> , un <b>diaphragme</b> , ou un <b>pessaire</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pourriez-vous être <b>enceinte</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous <b>claustrophobe</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous rester <b>allongé à plat sur le dos</b> sans problème ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous porteur d'un <b>appareil auditif</b> , d'un <b>dentier</b> , d'un <b>appareil dentaire</b> ou un <b>fil de contention</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Portez-vous un <b>patch</b> (nicotine, nitroglycérine, ...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des <b>tatouages</b> ou du <b>maquillage permanent</b> ou un <b>piercing</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Date :	Signature (participant-e) :
--------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> Approuvé <input type="checkbox"/> Refusé	Date :	Signature de l'opérateur-trice :
--	--------	-------------------------------------