



QUESTIONNAIRE POUR IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

IMAGERIE MÉDICALE | MEDICAL IMAGING

WESTMOUNT SQUARE

1 Westmount Square, Suite C-210
Westmount (Québec) H3Z 2P9
Tél.: (514) 939-9764 Fax : (514) 939-9363
www.radiologymontreal.com

Nom du patient: _____

MRN: _____

1. Êtes-vous porteur d' :

- | | | |
|--|---|----------------|
| a) un stimulateur cardiaque | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| b) un stent? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Modèle : _____ |
| c) un clip sur un anévrisme cérébral? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| d) une prothèse auditive? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| e) un corps étranger à l'oeil? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| f) une pompe à insuline? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| g) un neuro ou bio stimulateur? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| h) un implant pénien? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| i) avez-vous des implants mammaires? Marqueur, clips | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Modèle: _____ |
| j) portez-vous un patch transdermique? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| k) avez-vous des tatouages ou perçages corporels? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| l) avez-vous du maquillage permanent? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

2. Avez-vous déjà subi une chirurgie cardiaque, au cerveau, aux yeux, ou autre? Oui Non

_____ Année: _____ / _____ Année: _____
_____ Année: _____ / _____ Année: _____
_____ Année: _____ / _____ Année: _____

3. Y-a-t-il du métal dans votre corps ou dans vos yeux? Avez-vous déjà travaillé en soudure? Oui Non

Si oui, (précisez): _____

4. Avez-vous des allergies? Oui Non Précisez: _____
Si oui, quel(s) type(s) de réaction(s) avez-vous: _____

5. Souffrez-vous d'asthme? Oui Non Précisez: _____

6. Avez-vous des problèmes cardiaques? Oui Non Précisez: _____

7. Êtes-vous enceinte? Oui Non Combien de semaines? _____
Allaitiez-vous? Oui Non **Si oui, vous devez signer le consentement**

8. Êtes-vous claustrophobe? Oui Non

Si oui, acceptez-vous de prendre un calmant? Oui Non

Si oui, arrivez 45 minutes à l'avance et prévoyez venir accompagner, car il n'est pas recommandé de conduire pour une période de 4 à 8 heures.

9. Souffrez-vous de glaucome – de problèmes de prostate – d'angine – d'arythmie. Si oui, encerclez. Oui Non

Si oui, des frais additionnels pourraient vous être demandés pour certains examens abdominaux et pelviens.

10. Souffrez-vous d'une incapacité physique (chaise roulante, etc.)? Oui Non

11. Quel est votre poids? _____ (La capacité maximale de la table de l'IRM est de 350 lb)

Veillez noter que 50% des frais de l'examen vous seront exigés si vous annulez votre rendez-vous moins de 24 heures à l'avance ou si en cours d'examen, pour quelque raison, vous désirez mettre fin à celui-ci.

Secrétaire: _____ Technologue: _____

Signature du patient: _____ Date: _____