

Questionnaire des contre-indications à l'IRM

| | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES | | |
| 1. Possédez-vous le matériel suivant : <ul style="list-style-type: none"> Stimulateur cardiaque (pacemaker) ou défibrillateur implanté? Neurostimulateur (gestion de la douleur chronique d'origine neurologique)? Implant cochléaire? Stapédectomie (chirurgie des osselets de l'oreille)? Clip sur un anévrisme au cerveau ou clip intracrânien? Tiges de Harrington (traitement de la scoliose)? Pompe médicamenteuse implantée (exemple : insuline)? FEMME : Êtes-vous enceinte ou à risque de l'être? Si le participant répond OUI à l'une de ces questions, l'examen ne peut pas être réalisé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CONTRE-INDICATIONS RELATIVES | | |
| 1. Avez-déjà subi une opération (principalement au cerveau, aux yeux, aux oreilles et au cœur) ? Localisation et date : _____ _____ _____ Contre-indication si subie dans les 3 derniers mois. Selon l'opération, même si au-delà des 3 derniers mois, un protocole opératoire peut être requis; vérifier auprès du responsable administratif de la PIA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Possédez-vous le matériel suivant? <ul style="list-style-type: none"> Matériel cardiaque (sauf pour les tuteurs)? Lentille (sauf pour la cataracte) ou autre matériel chirurgical dans les yeux? Matériel maxillo-facial? FEMME : Stérilet? Si OUI, type ou modèle : _____ et vérification auprès du responsable administratif de la PIA pour approbation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous un risque d'avoir été blessé par du métal dans les yeux ou ailleurs? Si OUI, nature et localisation : _____ Vérification auprès du responsable administratif de la PIA pour demande de rayons X de la région d'intérêt pour consultation en radiologie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. FEMME : Allaitiez-vous? Le lait devra être tiré et jeté durant les 24hrs suivant l'examen injecté. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INFORMATIONS | | |
| Taille : _____ Poids : _____ Pour examen injecté seulement : Une mesure de créatinine ou de DFGe prise dans les 90 jours est exigée pour les examens avec contraste. Pour une mesure de DFGe ≤ 45 ml/min/1.73m ² , une valeur datant de moins de 30 jours est requise. Créatinine : _____ mmol/L OU DFGe : _____ ml/min/1.73m ² Date du résultat : _____ (JJ/MMM/AAAA) | | |

Nom et prénom du participant

Signature du participant

Date

Nom et prénom du responsable

Signature du participant

Date