

Centre régional de santé de North Bay

Imagerie diagnostique Renseignements en vue d'un examen IRM

Répondez à toutes les questions.

Si oui, décrivez brièvement.

Est-ce qu'il s'agit d'un cas de la CSPAAT? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		N° de dossier de la CSPAAT :
Avez-vous DÉJÀ eu un corps étranger métallique dans l'œil?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, l'a-t-on sorti de votre œil?
Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, il faut obtenir un consentement éclairé.
Avez-vous : un stimulateur cardiaque?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
un remplacement de valvule cardiaque?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Type : N° de modèle :
des pinces d'anévrisme?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Type :
un neurostimulateur?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
un dispositif implanté?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez :
un shunt (spinal ou intraventriculaire)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
une prothèse (membre, articulation, œil)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Endroit :
des tiges ou des agrafes chirurgicales?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Endroit :
un diaphragme ou un dispositif intra-utérin?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Type :
un appareil auditif?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
des dentiers ou un appareil de rétention?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
des éclats d'obus ou des projectiles?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Endroit :
des tatouages ou du maquillage permanent?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Endroit :
des perçages corporels ou des bijoux?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, il faut les enlever.
des timbres médicamenteux?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous DÉJÀ subi une opération?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Type et date de TOUTES les chirurgies :
Êtes-vous claustrophobe?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, avez-vous pris un médicament?
Combien pesez-vous? kg ou lb		Combien mesurez-vous?

**Je confirme que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais
et qu'on m'a expliqué les contre-indications et les risques de l'intervention.**

Date : _____ Signature du patient ou mandataire spécial : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____ Signature du technologue : _____

Nom en lettres moulées : _____