Hôpital général juif
Jewish General Hospital

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
PAVILLON D / CHAMBRE D-205
Tél. : (514) 340-8222, Poste 23777

No. dossier

Nom de famille

Prénom Nom de fille

Date de naissance Téléphone

No. d'assurance maladie

Adresse

POIDS _____LBS/KG

CLAUSTROPHOBIE? ___ OUI ___NON

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT

Le présent questionnaire doit être rempli par le médecin et le/la patient (e) et annexé à la requête de la Radiologie afin qu'on puisse établir un rendez-vous.

Avez-vous:	OUI	NON
un stimulateur cardiaque (contre-indication absolue)…….	☐	☐
un clip sur un anévrisme cérébral(contre indication absolue)……..	☐	☐
une prothèse oculaire ou cochléaire (contre-indication absolue).....	☐	☐
un corps étranger intra-oculaire (contre-indication absolue).....	☐	☐
une prothèse valvulaire cardiaque (précisez).....	☐	☐
un pontage coronarien (électrodes épicardiaque).....	☐	☐
déjà subi une chirurgie au cerveau (précisez.).....	☐	☐
un neurostimulateur (colonne vertébrale).....	☐	☐
une prothèse métallique (précisez).....	☐	☐
un implant pénien (Omniphase, Decomed ou autre, precisez)	☐	☐
déjà subi d'autres opérations (précisez).....	☐	☐
Êtes-vous enceinte?.....	☐	☐
Au travail ou dans d'autres circonstances, avez-vous déjà été blessé(e), particulièrement aux yeux, par un corps étranger métalliqueé (Exemple: explosion, blessure par balle, accident de travail ou de la route, blessure de guerre) <u>Si oui, s'assurer de l'absence d'un corps étranger radio-opaque au moyen d'une radiographie des orbites.</u>	☐	☐
un appareil auditif?.....	☐	☐
des broches, dentiers ou partiels?(plombages non-inclus).....	☐	☐
un filtre de la veine cave (parapluie veine cave)	☐	☐
une pompe à insuline?(doit être déconnecté avant la résonance magnétique).....	☐	☐

J'ai revu avec mon médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen par résonance magnétique.

Signature du médecin **Signature du patient** **Date**

(English on reverse) **(19/05)**
9170850