



**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)..... (Si OUI, une photocopie de la carte du patient de stimulateur cardiaque est requise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un clip sur un anévrisme cérébral (contre-indication absolue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une prothèse oculaire ou cochléaire (contre-indication absolue).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un corps étranger intra-oculaire (contre-indication absolue).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une prothèse valvulaire cardiaque (précisez).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un pontage coronarien (électrodes épicaudique).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déjà subi une chirurgie au cerveau (précisez.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un neurostimulateur (colonne vertébrale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une prothèse métallique (précisez).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un implant pénien (Omniphase, Decomed ou autre, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déjà subi d'autres opérations (précisez).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au travail ou dans d'autres circonstances, avez-vous déjà été blessé(e), particulièrement aux yeux, par un corps étranger métallique (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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un appareil auditif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des broches, dentiers ou partiels?(plombages non-inclus).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un filtre de la veine cave (parapluie veine cave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une pompe à insuline?(doit être déconnecté avant la résonance magnétique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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