

IRM

Chère patiente, cher patient,

Vous allez passer un examen par résonance magnétique. La résonance magnétique (IRM, tomographie à spin nucléaire, tomographie à résonance magnétique) est une technique diagnostique spéciale qui produit des images de différentes parties du corps sans utiliser de rayons X. Les images sont obtenues en excitant par des ondes radio des atomes d'hydrogène placés dans un puissant champ magnétique. Cette technique donne beaucoup plus d'informations sur une éventuelle pathologie que les radiologies classiques aux rayons X.

Déroulement / Préparation de l'examen

Vous allez vous déshabiller, le personnel médical vous indiquera les vêtements qu'il faut ôter. On vous demandera d'enlever tout objet métallique (lunettes, soutien-gorge, barrette, montre, bijou, chaussures, etc.) ainsi que les prothèses auditives et dentaires. Vous serez ensuite confortablement allongé/e sur un lit d'examen. Une antenne spéciale est placée au niveau de l'organe à visualiser puis vous entrez automatiquement dans l'appareil. Un médicament ou un produit de contraste non iodé vous sera peut-être injecté dans une veine du bras.

Il est important de rester allongé/e sans bouger pendant l'examen. Essayez de ne pas vous laisser distraire par le martèlement de l'appareil durant l'examen. On vous indiquera par haut-parleur quand vous devez inspirer ou expirer.

Vous serez relié/e en permanence au personnel médical à l'aide d'un haut-parleur et d'une sonnette.

Risques / Effets indésirables

L'examen est réalisé sans utiliser de radiations ionisantes ni de produits de contraste iodés.

Lors d'une injection, on observe très rarement un saignement ou une irritation cutanée locale au site d'injection.

Contrairement aux produits iodés, les réactions allergiques au produit de contraste sont extrêmement rares.

Certains métaux pouvant s'échauffer, vous devez impérativement nous indiquer si vous êtes porteur d'un corps étranger métallique implanté dans votre organisme (voir le questionnaire).

L'examen par résonance magnétique est contre-indiqué chez les porteurs de stimulateur cardiaque ou nerveux et de pompe à insuline.

Nom:..... Prénom:.....

Date de naissance:

Veillez répondre aux questions suivantes:

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà passé un examen par résonance magnétique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Etes-vous claustrophobe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Etes-vous porteur de corps étrangers qui risquent de perturber l'examen ou qui sont une contre-indication formelle à celui-ci, comme un/e: | | |
| - Stimulateur cardiaque/pacemaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Stimulateur nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pompe à insuline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Valve cardiaque synthétique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prothèse auditive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prothèse articulaire (hanche, genou, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Clip sur un anévrisme cérébral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Matériau orthopédique maxillaire (prothèse dentaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cicatrice récente fermée par des agrafes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Implant oculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fragment de projectile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autre pièce métallique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Filtre cave contre une embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Travaillez-vous dans la métallurgie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà été opéré/e. Si oui, de quoi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. Pour les femmes en âge de procréer: êtes-vous enceinte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Quel est votre poids? | | Kg |

J'ai été informé/e en détail sur l'examen prévu. J'ai lu et compris la notice d'information.
Je consens à passer un examen par résonance magnétique.

Date:..... Signature:

Je ne consens pas à passer un examen par résonance magnétique. On m'a expliqué que mon refus risquait de retarder et de rendre plus difficiles le diagnostic et le traitement de la maladie dont je pourrais souffrir.

Date:..... Signature:

Le patient n'est pas en état de donner son consentement:

Date:..... Visa TRM:.....