

 <b>RADIOLOGIE MRI</b>	DR. M. BAEKELANDT – DR. K. BOEREN – DR. S. BRIJS – DR. I. CREVITS – DR. G. DEBAKKER – DR. R. DE MAN – DR. F. GOVAERE – DR. S. GRYSPEERDT – DR. M. HERMAN – DR. E. LARIDON – DR. PH. LEFERE – DR. J. MARRANNES – DR. F. ROSSEEL – DR. T. RYCKAERT – DR. A. TIELEMAN – DR. B. VAN HOLSBEECK – DR. D. VIOLON
---	---

Campus Wilgenstraat	Campus Brugsesteenweg	Campus Menen
Secretariaat : 051 23 70 19	Secretariaat : 051 23 61 50	Secretariaat : 056 52 23 47
radiologie.wilg@azdelta.be	radiologie.brug@azdelta.be	radiologie.menen@azdelta.be

Etiquette :	Médecin traitant :
-------------	--------------------

**CONTRA-INDICATIONS IRM:**

**Veillez lire cette liste attentivement et la remplir le plus complètement possible.  
Si vous avez des questions posez-les à l'infirmière(e).**

Décrivez brièvement vos symptômes pour lesquels cet examen est demandé : .....  
 Quelles opérations avez-vous subies ? .....  
 Poids : ..... Taille : .....

- |   |           |
|---|-----------|
| Portez-vous un stimulateur ou un défibrillateur cardiaque ? | Oui / non |
| Portez-vous un stimulateur cérébral ou du nerf ?            | Oui / non |
| Portez-vous un une pompe contre la douleur ?                | Oui / non |
| Portez-vous une pompe à insuline ?                          | Oui / non |
| Portez-vous un stimulateur vésical ou un implant pénile ?   | Oui / non |
| Portez-vous un implant cochléaire ?                         | Oui / non |

**Si vous répondez positivement à une des questions ci-dessus , des informations complémentaires vous seront demandées avant de pouvoir fair un IRM.**

- |   |           |
|---|-----------|
| Portez -vous une valve cadiaque métallique ?                                  | Oui / non |
| Portez-vous un filtre cave ou un stent ?                                      | Oui / non |
| Portez-vous des clips vasculaires dans le cerveau ?                           | Oui / non |
| Portez-vous een appareil auditif ou un implant de l'oreille moyenne?          | Oui / non |
| Portez-vous des implants dentaires magnétiques ?                              | Oui / non |
| Portez-vous un oeil artificiel avec aimant ?                                  | Oui / non |
| Avez-vous des éclats métalliques dans l'oeil (ancien ouvrier métallurgiste) ? | Oui / non |
| Portez-vous du matériel orthopédique dans le corps ?                          | Oui / non |
| Avez-vous un patch médicamenteux sur le corps ?                               | Oui /non  |
| Avez-vous un tatouage ou du maquillage permant ?                              | Oui / non |

- |   |           |
|---|-----------|
| Avez-vous déjà subi un examen IRM ?                                   | Oui / non |
| Avez-vous eu des problèmes pendant cet examen ?                       | Oui / non |
| Avez-vous eu des problèmes avec le produit contrast utilisé à l'IRM ? | Oui / non |

- |                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Avez-vous une insuffisance rénale ? | Oui / non |
| Avez-vous une maladie hépatique ?   | Oui / non |

A remplir uniquement par les femmes :

- |  |           |
|--|-----------|
| Etes-vous (potentiellement) enceinte ?   | Oui / non |
| Allaitez-vous ?                          | Oui / non |
| Avez-vous un stérilet ?                  | Oui / non |
| Date de la dernière menstruation : ..... |           |

Tous les objets métalliques doivent être enlevés et doivent rester dans le vestiaire. (Lunettes, bijoux, piercing, épingles à cheveux, montre, portefeuille, cartes bancaires, ceinture, ...).

Votre numéro de téléphone : .....  
 La date: .....  
 Lu et approuvé + signature :

Initial de l' infirmière(e) :.....