

Imagerie médicale

Radiologie Tél. 058 333 040
MB.secretariaat@azwest.be

Dr. Y. Lamoral – chef de service
Dr. G. Biebaū
Dr. P. Hoste
Dr. D. Smolders
Dr. E. Van Lerberghe
Dr. J. Verplancke

Médecine nucléaire

Tél. 058 333 135
Dr. K. Melis – adjoint-chef de service

**Veillez remettre ce document
au secrétariat du service
de Radiologie de l'az West**

Imagerie médicale

radiologie.wilg@azdelta.be
Tél. 051 23 70 19

radiologie.brug@azdelta.be
Tél. 051 23 61 50

radiologie.torhout@azdelta.be
Tél. 050 23 25 21

radiologie.menen@azdelta.be
Tél. 056 52 23 47

Questionnaire IRM

L'appareil IRM fonctionne avec un champ magnétique. Bien que celui-ci ne soit pas nocif, la présence de certains objets métalliques peut être dangereuse et porter préjudice à la qualité de l'examen. Afin d'exclure au maximum la présence d'objets métalliques, nous vous prions de répondre au questionnaire suivant et de le signer. Si vous avez des questions, vous pouvez toujours nous contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse e-mail mentionné(e) ci-dessus.

| Vous avez: | OUI | NON | INCONNU |
|---|-----|-----|---------|
| un stimulateur cardiaque? | | | |
| valve cardiaque métallique? | | | |
| maladie cardiovasculaire? | | | |
| clips vasculaire dans le cerveau? | | | |
| filtre veine cave? | | | |
| insuffisance rénale? | | | |
| pompe à insuline/morphine? | | | |
| neurostimulateur? | | | |
| implant d'oreille? | | | |
| objet métallique/éclat de metal dans l'oeil? | | | |
| matériel orthopédique (clou, vis, prothèse)? | | | |
| autre implant? | | | |
| piercing? | | | |
| dentier? | | | |
| tatouage ou maquillage permanent? | | | |
| allergie au produit de contraste utilisé en RM (Gadolinium): Dotarem, Multihance, Prohance, Gadovist... | | | |
| autres allergies? | | | |
| claustrophobie? | | | |
| une prothèse auditive? | | | |
| shunt ventriculoperitoneal (VP) ou ventriculo-atrial (VA) | | | |
| Pour les femmes: | | | |
| Date du début des dernières règles: | | | |
| Vous êtes enceinte ou vous avez des doutes quant à une éventuelle grossesse? | | | |
| Allaitiez-vous? | | | |
| | | | |
| Avez-vous subi une opération chirurgicale? | | | |

Nom: Poids:

Signature: Date:

J'ai reçu assez d'informations sur le but et le déroulement de l'examen et je donne mon autorisation pour pratiquer l'examen.