



Partie A:

Dépistage pour l'étude d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Afin d'assurer la sécurité de toute personne accédant au territoire de l'Unité de Neuroimagerie Fonctionnelle, il est très important que ce questionnaire soit complété correctement. Toute information contenue dans ce document est traitée en toute confidentialité.

A1.

A2. Nom de famille:

A3. Prénom:

A4. Date de naissance:

A5. Genre:

Femme

Homme

Autre

Autre

A6. 51

A7. Genre:

Age: 51

Menopause:

Menopause (+2ans):



A8. Êtes-vous ménopausée ?

Oui

Non

A9. Êtes-vous ménopausée depuis plus de 2ans ?

Oui

Non

A10. En cas de doute, accepteriez-vous de passer un test de grossesse ?

Oui

Non

A11. Quelle unité utilisez vous pour la taille ?

cm

pied/pouce

A12. Quel est votre taille (cm) ?

A13. Quel est votre taille ?

Pieds

Pouces

A14. Quelle unité utilisez vous pour le poids ?

kg

lbs

A15. Combien pesez-vous ?

A16. Poids (metrique): NAN kg

Taille (metrique): cm

A17. Avez-vous déjà subi une opération:

Oui Non

à la tête ?

à l'abdomen/pelvis ?

au thorax ou au coeur ?



	Oui	Non
aux bras ou aux mains ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aux jambes ou aux pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aux yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A18. Vous avez répondu oui à une ou à plusieurs des questions précédente, veuillez préciser le type d'opération et la date ainsi que toute information additionnelle susceptible d'aider le personnel de l'Unité de neuroimagerie fonctionnelle à évaluer si vous pouvez passer l'examen par résonance magnétique en toute sécurité.

Exemple

A19. Portez-vous :

	Oui, ne peut pas être enlevé	Oui, peut être enlevé	Non
Stimulateur cardiaque ? Électrodes épicaudiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clip pour anévrisme cérébral, Stent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filtre ou cathéter dans un vaisseau sanguin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse valvulaire cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse cochléaire ? Prothèse auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur, stimulateur électronique pour les os ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps étrangers métalliques (ex: balles, fragments d'obus, éclats métalliques) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline implantée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse orthopédique (ex: clou, vis, plaque) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Oui, ne
peut pas
être enlevé

Oui, peut
être
enlevé

Non

Maquillage permanent ou tatouage(s) ?

Perçage(s) ?

Implant(s) magnétique(s) ou non magnétique(s) ?

Diaphragme, stérilet ?

Prothèse dentaire, couronne ou appareil orthodontique ?

Implant(s) ou prothèse(s) oculaire(s) ?

Système de distribution transdermique (ex: timbre de nitroglycérine) ?

A20. Vous avez répondu oui, ne peut pas être enlevé à une ou à plusieurs des questions suivantes, entrez toute information supplémentaire susceptible d'aider le personnel de l'Unité de neuroimagerie fonctionnelle à évaluer si vous pouvez passer l'examen par résonance magnétique en toute sécurité. Par exemple, le type d'implant ou de dispositif, le manufacturier et le modèle si vous les connaissez, l'année d'implantation.

Exemple

A21. Autres :

A22. Avez-vous déjà été ?

Oui Non

Machiniste ?

Soudeur ?



A23. Avez-vous déjà été blessé(e) par un morceau de métal ?

Ex: accident de voiture, accident de travail, blessure(s) de guerre.

Oui

Non

A24. Vous avez répondu oui à la question précédente, veuillez préciser toute information susceptible d'aider le personnel de l'Unité de neuroimagerie fonctionnelle à évaluer si vous pouvez passer l'examen par résonance magnétique en toute sécurité.

A25. Êtes-vous claustrophobe ?

Oui

Non

A26. Souffrez-vous de problème respiratoire ou moteur ?

Oui

Non

A27. Avez-vous déjà subi un examen par résonance magnétique ?

Oui

Non

Exemple