



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.

A5. Avez vous déjà subi une opération à la tête ?

Oui

Non

A6. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A7. Avez-vous déjà subi une opération au thorax ou au coeur ?

Oui

Non



A8. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A9. Avez-vous déjà subi une opération à l'abdomen ?

Oui

Non

A10. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A11. Avez-vous déjà subi une opération aux bras ou aux mains ?

Oui

Non

A12. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A13. Avez-vous déjà subi une opération aux jambes ou aux pieds ?

Oui

Non



A14. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A15. Avez-vous déjà subi une opération à la colonne vertébrale ?

Oui

Non

A16. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A17. Avez-vous déjà subi une opération aux yeux ?

Oui

Non

A18. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A19. Avez-vous déjà subi une opération autre ?

Oui

Non



A20. Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date (commentaire).

A21. Portez-vous :

| | Oui, ne peut pas être enlevé | Oui, peut être enlevé | Non |
|--|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Stimulateur cardiaque ? Électrodes épiscopardiques ? | <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"/> |
| Maquillage permanent ou tatouage(s) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perçage(s) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implant(s) magnétique(s) ou non magnétique(s) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diaphragme, stérilet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse dentaire, couronne ou appareil orthodontique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implant(s) ou prothèse(s) oculaire(s) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Système de distribution transdermique (ex: timbre de nitroglycérine) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



A22. Vous avez répondu oui, ne peut pas être enlevé à une ou à plusieurs des questions suivantes, entrez 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. Par exemple, le type d'implant ou de dispositif, le fabricant et le modèle si vous les connaissez, l'année d'implantation.

A23. Autres :

A24. Êtes-vous claustrophobe ?

Oui

Non

A25. Avez-vous déjà été blessé(e) par un morceau de métal ?

Ex: accident de voiture, accident de travail, blessure(s) de guerre . Si oui, précisez (commentaire).

Oui

Non

A26. Avez-vous déjà été ?

Oui Non
Machiniste ?

Soudeur ?



A27. Souffrez-vous de problème respiratoire ou moteur ?

Oui

Non

A28. Avez-vous déjà subi un examen par resonance magnétique ?

Oui

Non