



Faça o favor de responder cuidadosamente a este questionário.

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Data do exame: _____

- | | sim | não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sofre de claustrofobia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. É portador de um estimulador cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Já foi operado/a a artérias, a veias ou ao cérebro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Já foi operado/a ao coração? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tem antecedentes de feridas oculares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem objetos no corpo (próteses de anca, implantes nos ouvidos, na vista ou uma espiral)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Está grávida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Já fez uma ressonância magnética? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tem uma tatuagem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sim, conhece os componentes das cores? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Declarações

Já não tenho mais perguntas e tenho consciência das contra indicações deste exame.

Aceito uma injeção com produto de contraste se for necessário

Data e assinatura

Pour de plus amples informations
votre médecin traitant ou l'équipe
soignante se tient à votre disposition.

Tél. : 8166-65257

Fax: 8166-5259

A equipa técnica de radiologia e
o médico estão à sua inteira disposição
para mais informações.

Tél. : 8166-65257

Fax: 8166-5259

CHdN

CENTRE HOSPITALIER DU NORD



Imagerie médicale

La résonance magnétique
A ressonância magnética

120, avenue Salentyng
L-9080 ETTTELBRUCK
TEL: 8166-1
FAX: 8166-3080
www.chdn.lu

10, rue G.-D. Charlotte
L-9515 WILTZ
TEL: 8166-9
FAX: 81669-3049
www.chdn.lu



Chère patiente, cher patient,

Votre médecin vous a prescrit un examen par résonance magnétique (IRM ou MR). C'est une technique d'exploration, d'imagerie, indolore, non irradiante, utilisant un aimant.

Déroulement de l'examen

Vous êtes confortablement allongé sur un lit d'examen, que l'on fait progressivement glisser à l'intérieur d'un tunnel d'environ 1,6 m de long et d'environ 90 cm de diamètre. En raison du bruit généré par l'appareil (comme un marteau piqueur) et de la gêne qu'il occasionne, nous mettons à votre disposition un casque ou des boules anti-bruit. Il est impératif pour la qualité des images et la réussite de l'examen de rester immobile pendant la durée de l'examen (variant de 25 à 40 minutes).

Informations importantes

Il n'est pas nécessaire d'être à jeun (sauf pour les examens digestifs). Il est nécessaire de se démaquiller avant l'examen pour éviter d'éventuels désagréments (picotements, chaleurs, ...). En raison des champs magnétiques, il est INTERDIT d'entrer dans la salle :

- avec bijoux / montres
- téléphones portables
- stylo
- cartes bancaires, cartes à puce
- ou des objets métalliques (p.ex. pièces de monnaie, clés)

Ces objets devront rester dans votre cabine. Une tunique vous sera remise.

Complications éventuelles

Aucun effet nocif des champs magnétiques n'a été répertorié à ce jour. Il existe tout de même des contre-indications relatives limitées à la présence éventuelle de corps étrangers métalliques dans votre corps, d'où la nécessité de répondre et de nous remettre le jour de l'examen le questionnaire ci-après. Il est possible que l'examen s'effectue avec une injection de produit de contraste appelé Gadolinium. Aucune allergie notoire n'a été signalée, en dehors de rares réactions cutanées (urticaires) sans conséquences. En cas d'une maladie rénale connue vous en devez informer absolument le personnel soignant. L'injection du produit de contraste n'est alors pas possible.

Cara, Caro utente,

O seu médico prescreveu-lhe um exame chamado ressonância magnética (IRM). É uma técnica de exploração, de imagens, sem dor, sem radiação e com utilização de um iman.

Procedimento do exame

Você está deitado confortavelmente em cima de uma mesa de exame que se introduz pouco a pouco dentro de um túnel de mais ou menos 1,6m de comprimento e de 90cm de diâmetro.

Como o aparelho faz muito barulho (tipo um moto pingo) o exame pode ser incómodo, receberá um capacete.

Para um bom resultado do exame e uma boa qualidade das imagens, é muito importante que se mantenha imóvel durante o exame (que varia entre 25 e 40 min).

Informações importantes

Não é necessário estar em jejum.

É necessário não ter maquilagem para evitar excessos de calor e irritações da pele. Como a sala de exame é uma região magnética, é PROIBIDO entrar com:

- relógios/jóias
- telemóveis
- chaves
- canetas
- cartas bancárias
- objetos metálicos (p.ex, moedas)

Deixe estes objetos no vestuário: receberá uma bata para vestir.

Complicações eventuais

Até ao dia de hoje não foram encontrados efeitos negativos. Podem existir contra indicações no que diz respeito aos objetos metálicos que possam estar dentro do seu corpo, e por essa razão vai ter de nos responder a algumas perguntas. Existe a possibilidade que se tenha de injectar um produto de contraste chamado „Gadolinium“. Nenhum tipo de alergia é conhecido a não ser reações da pele (urticária).

Em casa de uma doença renal informe o enfermeiro, a injeção do produto de contraste não poderá ser feita.

Nous vous prions de remplir ce questionnaire soigneusement.

Nom: _____

Date de naissance: _____

Date de l'examen: _____

- | | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Etes-vous claustrophobe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Etes-vous porteur d'un pacemaker cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous été opéré des artères / veines ou du cerveau? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, avez-vous des clips métalliques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous été opéré du cœur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, avez-vous des prothèses valvulaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous des antécédents de blessure oculaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, avez-vous des corps étrangers intra-oculaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous des objets métalliques dans votre corps (prothèse de hanche, éclat d'obus, stérilet, implant cochléaire, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Etes-vous enceinte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà subi un examen par résonance magnétique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous un tatouage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, connaissez-vous les composants des couleurs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Déclaration

Je n'ai pas d'autres questions, j'ai pris connaissance des contre indications et estime pouvoir passer cet examen. J'accepte l'éventuelle injection d'un produit de contraste si l'examen l'exige.

Date et signature