



Nous vous prions de remplir ce questionnaire soigneusement.

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Etes-vous claustrophobe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Etes-vous porteur | | |
| - d'un stimulateur cardiaque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - d'un stimulateur neurologique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - d'un défibrillateur implantable ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - d'une pompe à insuline ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - d'un autre appareil implantable ? | <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 (IRM) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous un tatouage ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous des problèmes aux reins ? | <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

Nom et prénom: _____

Date de naissance: _____

Date de l'examen : ____ / ____ / ____

Rendez-vous cardiologie : ____ : ____ h

Rendez-vous IRM : ____ : ____ h

A jeun : ☐ oui ☐ non



Imagerie médicale

Le stimulateur cardiaque en RESONANCE MAGNETIQUE

120, avenue Salentiny
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 préférable de se démaquiller avant l'examen pour éviter d'éventuels désagréments (picotements, chaleurs, fausses images, ...). 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.

Le stimulateur cardiaque en résonance magnétique

Nous avons vérifié toutes les spécifications de votre stimulateur cardiaque ainsi que des sondes électriques transplantées et nous confirmons que vous êtes porteur d'un système (boîtier et sondes) "IRM-compatible". Nous devons cependant prendre des mesures de sécurité spécifiques et suivre une procédure stricte. Il est donc très important qu'avant chaque examen IRM votre stimulateur cardiaque soit programmé dans un mode spécifique.

Dans ce mode votre stimulateur n'est plus perturbé par le champ magnétique de l'IRM et l'examen peut être réalisé en toute sécurité.

Vous aurez un rendez-vous au service de cardiologie avant et après votre examen IRM afin de procéder à cette programmation.

La programmation sera faite par un technicien et votre cardiologue.

Pendant toute la durée de l'examen, votre fréquence cardiaque sera contrôlée afin de garantir un maximum de sécurité.

L'examen IRM terminé, vous devriez impérativement retourner en cardiologie afin de reprogrammer votre stimulateur cardiaque en mode standard pour votre vie quotidienne.

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

Tél. : 8166-65256 ou 8166-65257

Fax: 8166-5259