



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie an Platzangst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie bereits an Arterien / Venen oder am Gehirn operiert worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wurden Metallimplantate eingesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie bereits am Herzen operiert worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wurden Herzklappen ersetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten Sie bereits Verletzungen an den Augen (Metallsplitter)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Metallimplantate in Ihrem Körper (Hüftprothese, Splitter, Spirale, usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie sich bereits einer Kernspintomographie unterzogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie eine Tätowierung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, haben Sie Kenntnis über die Zusammensetzung der Farben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie an einer Ihnen bekannten Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Tél. : 8166-65257

Fax: 8166-5259

Für weitere Informationen steht
Ihnen der behandelnde Arzt oder das
Pflegeteam zur Verfügung.

Tel. : 8166-65257

Fax: 8166-5259

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich Kenntnis von den Angaben genommen habe und mit einer Kernspintomographie einverstanden bin. Weiter stimme ich der Injektion eines Kontrastmittels zu, falls dies für die Untersuchung notwendig ist.

Datum und Unterschrift



Imagerie médicale

**Résonance magnétique
Kernspintomographie**

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.

Liebe(r) Patient(in),

Ihr Arzt hat Ihnen eine Kernspintomographie (IRM oder MRT) verordnet. Es handelt sich hierbei um ein bildgebendes Verfahren, bei dem ein starkes Magnetfeld verwendet wird. Die Untersuchung ist schmerzlos und es werden keine Röntgenstrahlen angewendet.

Durchführung der Kernspintomographie

Sie liegen bequem auf einer Liege, die langsam in die ca. 1,6 m lange Röhre (Durchmesser ca. 90 cm) hineinfährt. Aufgrund des Lärms vom Kernspintomographen (ähnlich einem Presslufthammer) und des möglichen Unbehagens, werden Ihnen Kopfhörer zur Verfügung gestellt (Musik möglich). Um eine gute Bildqualität zu erhalten, dürfen Sie sich im Kernspintomographen nicht bewegen. Die Untersuchung dauert ca. 25 - 40 Minuten.

Wichtige Hinweise

Sie brauchen nicht nüchtern zu sein (Ausnahme sind Untersuchungen der Verdauungsorgane). Sie dürfen nicht geschminkt sein, um evtl. Hautreizungen / Hitzegefühl zu vermeiden. Aufgrund der Magnetfelder dürfen Sie den Untersuchungsraum nicht mit folgenden Gegenständen betreten:

- Schmuck / Uhren
- Mobiltelefone
- Kugelschreiber
- Kreditkarten, Chipkarten
- Gegenstände aus Metall (z.B. Münzen, Schlüssel)

Diese Gegenstände müssen in ihrer Kabine bleiben. Ihre Kleidung müssen Sie ggfs. ausziehen. Sie erhalten zur Untersuchung einen Kittel.

Mögliche Komplikationen

Schädigende Wirkungen der Magnetfelder auf ihren Organismus sind nach dem derzeitigen Wissensstand nicht bekannt. Es bestehen jedoch Gegenanzeigen in Hinsicht auf bestimmte metallische Fremdkörper. Deshalb bitten wir Sie den Fragebogen auf der nächsten Seite auszufüllen und uns diesen zu ihrer Untersuchung mitzubringen.

Möglicherweise wird die Untersuchung durch Injektion eines Kontrastmittels (Gadolinium) durchgeführt. Außer harmlosen und selten auftretenden Hautreizungen, sind keine Allergien auf diese Mittel bekannt.

Dieses Kontrastmittel sollte jedoch nicht bei bekannter Nierenerkrankung verabreicht werden, weshalb Sie falls eine Nierenerkrankung bekannt ist, dies unbedingt melden sollten.

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"/> |
| 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