

## Informations destinées au patient

### Imagerie par résonance magnétique (MRI, IRM)

Chère patiente, cher patient,

Votre médecin traitant a demandé la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (MRI, IRM) pour vous. Avant cet examen, nous vous prions de bien vouloir lire avec attention les explications fournies ici puis de remplir le questionnaire.

#### Qu'est-ce qu'une IRM ?

L'imagerie par résonance magnétique est une méthode de diagnostic médical couramment employée depuis longtemps. Il s'agit d'un procédé utilisant des ondes de radiofréquence dans un champ magnétique puissant en vue de générer des images de l'intérieur du corps. Il n'y a pas d'émission de rayons X.

#### Que se passe-t-il durant l'examen ?

L'examen a lieu en position allongée. Vous devez être positionné de manière aussi confortable que possible.



Selon la région à examiner, des amplificateurs de signaux sont placés sur votre corps ou autour de vos articulations.

Ensuite, vous êtes introduit lentement dans l'appareil circulaire de manière à ce que **la région de votre corps à examiner se trouve au centre du champ magnétique.**

La durée de l'examen dépend de son type et va d'une demi-heure à une heure.

Ne soyez pas surpris par les différents bruits de percussion émis par l'appareil pendant qu'il fonctionne, cela est normal. Il est important que vous soyez immobile et détendu pendant toute la durée de l'examen, car tout mouvement pendant les relevés perturbe l'image.

Au cours des pauses entre les relevés, vous pouvez communiquer par un interphone. Vous disposez en outre d'une sonnette.

Il peut être nécessaire de vous administrer un produit de contraste dans une articulation avant l'examen ou dans une veine du bras pendant celui-ci afin d'améliorer le contraste de l'image.

Le personnel médical vous informera systématiquement des différentes étapes de l'examen, nous nous tenons à votre disposition pour vous aider si vous avez des questions.

#### Que se passe-t-il une fois que l'IRM est terminée ?

Une fois l'examen terminé, vous pouvez reprendre le cours de vos activités normalement.

Les documents issus de l'examen seront transmis directement au médecin qui a demandé l'IRM et qui vous renseignera lors de votre visite suivante.

---

Afin que l'examen puisse avoir lieu sans danger, il faut prendre certaines mesures de précaution. Pour cette raison, nous vous demandons de répondre aux questions suivantes et de confirmer l'exactitude de vos réponses par votre signature.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance: ..... Poids : ..... kg Taille : ..... cm

<b>Portez-vous l'un des objets suivants dans votre corps ou sur vous ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Stimulateur cardiaque / défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à médicament (pompe à insuline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la réponse est oui, où se trouve-t-il ? .....		
Appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant cochléen (prothèse auditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil dentaire / prothèse dentaire amovible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatouages / maquillage permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la réponse est oui, depuis quand : .....		
Dispositif transdermique (p. ex. nicotine, Nitroderm, douleur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans la région à examiner ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Si oui, de quel type : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand : .....		

<b>Avez-vous déjà subi une intervention cardiaque ?</b> (p. ex. valve cardiaque artificielle, stimulateur cardiaque, stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de quel type : .....		
Quand : .....		
Hôpital : .....		

<b>Avez-vous déjà subi une opération de la tête ?</b> (p. ex. prothèses vasculaires/stents, clips vasculaires, spirales platine/coils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de quel type : .....		
Quand : .....		
Hôpital : .....		

<b>Avez-vous d'autres implants, prothèses ou éléments métalliques dans le corps ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de quel type : ..... Où : ..... Depuis quand : .....		
Si oui, de quel type : ..... Où : ..... Depuis quand : .....		
Si oui, de quel type : ..... Où : ..... Depuis quand : .....		

<b>Avez-vous des éclats de métal ou de grenade dans l'œil ou dans le corps ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de quel type : .....		
Depuis quand ? .....		

**Questions médicales**

**Oui Non**

Souffrez-vous de troubles de la fonction rénale ?

Souffrez-vous d'allergies ?

Si oui, desquelles : .....

Souffrez-vous d'intolérances médicamenteuses ?

Si oui, desquelles : .....

Prenez-vous des médicaments diluant le sang ?

---

**Pour les femmes en âge de procréer**

**Oui Non**

Portez-vous un stérilet ?

Si oui, de quel type :

- Stérilet en cuivre  
 Stérilet hormonal (Mirena)

Autres : .....

Mis à part dans le cas d'un stérilet hormonal (Mirena), il faut faire vérifier la position du stérilet par le gynécologue après l'examen par IRM (afin de s'assurer de son effet contraceptif).

Est-il possible que vous soyez enceinte ?

Allaitez-vous ?

---

**IMPORTANT !!! Avant de pénétrer dans la salle d'IRM, il faut déposer les objets suivants :**

**montres, bijoux, cartes de crédit, appareil auditif, téléphones portables, piercings, objets métalliques (clés, couteau de poche, briquet, monnaie, épingles à cheveux)**

Si vous avez pris des calmants (Dormicum, Temesta), observez les points suivants **pendant au moins 8 heures** :

- Ne conduisez pas de véhicule et n'utilisez pas de machine.
- Ne signez aucun document important (contrats, etc.).
- Organisez une personne pour vous accompagner sur le chemin du retour (même si vous êtes venu par les transports publics).

---

**J'ai connaissance du fait que mes images peuvent être évaluées par plusieurs médecins si nécessaire.**

Quand aura lieu votre prochaine visite chez le médecin ? .....

J'ai compris les questions et y ai répondu correctement.

Date : .....

Signature : .....

Date : .....

Initiales du technicien : .....

---

(À remplir par le personnel :

Créatinine .....

Clairance : .....