



**QUESTIONNAIRE PRÉCÉDANT UN EXAMEN
D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

Examen demandé: _____

Poids du patient (kg) : _____

Pour la sécurité du patient:

NB AUX MÉDECINS: SVP remplir la colonne 'PATIENT' seulement

VEUILLEZ SVP RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES:	MÉDECIN		TECHNOLOGUE	
	Patient		Parent ou tuteur	
	OUI	NON	OUI	NON
La patiente est-elle enceinte?				
Le patient a-t-il (elle)?				
1. Claustrophobie / vertige?				
2. Appareil neurochirurgical? (e.g. dérivation, valve, stimulateur vagal, pompe à Baclofen, etc...)				
3. Appareil cardiaque (valve, pacemaker)? Si oui, veuillez préciser la marque et le modèle:				
4. Autre implant électronique (e.g. stimulateur phrénique)				
5. Implant cochléaire?				
6. Clip sur anévrisme cérébral?				
7. Tige / plaque métallique? Si oui, veuillez préciser: <input type="checkbox"/> Titane <input type="checkbox"/> Acier inoxydable				
8. Filtre pour caillots (parapluie, autre)?				
9. Autres fragments métalliques? (incluant les 'body piercing' ou éclat métallique ["shrapnel"])?				
10. Pompe à insuline / chimiothérapie interne?				
11. Dentiers / partiels / broches ou appareil orthodontique?				
12. Chirurgie antérieure?				
<i>Si oui, à un ou plusieurs des items ci-haut, veuillez spécifier :</i>				
Le patient aura-t-il besoin d'une sédation pour l'examen de résonance magnétique? Si oui, veuillez compléter sa section suivante:				
Dans la liste qui suit, y a-t-il des facteurs de risque pour une sédation ou substance de contraste?				
1. Patient(e) dépendant(e) sur oxygène?				
2. Apnée du sommeil?				
3. Respiration bruyante / ronflement / problèmes d'amygdale / d'adénoïdes?				
4. Pathologie des voies aériennes supérieures?				
5. Antécédent d'intubation difficile?				
6. Conditions médicales ou chirurgicales potentiellement mortelles?				
7. Conditions médicales ou chirurgicales NON potentiellement mortelles mais significatives (e.g. syndrome)?				
8. Dysfonction significative cardiaque, pulmonaire?				
9. Mauvaise expérience avec sédation consciente				
10. Le (la) patient(e) souffre-t-il (elle) de déficiences intellectuelles? Veuillez préciser: <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère				
11. Pour fins de sédation: le poids de l'enfant est-il supérieur à 15 kg (33 lbs)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No				
<i>Si oui, à un ou plus des items ci-haut, veuillez spécifier :</i>				
Antécédent d'allergie ou de réaction anaphylactique? Veuillez spécifier:				
Antécédent de problèmes rénaux? Veuillez spécifier:				
Si oui, SVP indiquer créatinine et TFG récents:				

J'ai reçu l'information concernant l'examen de résonance magnétique. J'ai révisé avec mon médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen de résonance magnétique.

Questionnaire révisé avec: Patient Parent Tuteur

Médecin – Majuscules

Médecin – Signature / Numéro de permis

Date _____
AAAA / MM / JJ

Patient/Parent/Tuteur – Majuscules

Patient / Parent / Tuteur – Signature

Date _____
AAAA / MM / JJ

Technologue de radiologie – Majuscules

Technologue de radiologie – Signature

Date _____
AAAA / MM / JJ

Infirmière – Majuscules

Infirmière – Signature

Date _____
AAAA / MM / JJ

LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS, OCCASIONNANT UN DÉLAI POUR OBTENIR UN RENDEZ-VOUS