

## IMAGERIE CARDIOVASCULAIRE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

**NOM :** \_\_\_\_\_ **TAILLE :** \_\_\_\_\_  
**PRENOM :** \_\_\_\_\_ **POIDS :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE L'EXAMEN :** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_  
**Fréquence cardiaque**   /  /   **Pression artérielle (S/D) :**   /  /  

L'imagerie cardiovasculaire par résonance magnétique utilise un champ magnétique très important associé à des ondes de radiofréquence afin d'obtenir des images. Parce que ce champ magnétique est très intense, les objets métalliques ferromagnétiques ne doivent pas être emportés dans la pièce où se trouve l'appareil. Pour votre sécurité, nous devons vérifier que vous n'avez pas de matériel magnétique, d'implant ou d'appareil sur vous ou en vous, avant que vous n'entriez dans cette pièce afin que le champ magnétique ne puisse pas les bouger ou les détériorer. D'autre part, les objets métalliques peuvent entraîner des altérations dans la qualité de l'image lors de l'acquisition de celle-ci. Ainsi, tous les objets magnétiques ou métalliques (incluant les clefs, les montres, les bijoux, les cartes de crédit) doivent être laissés dans une pièce en dehors.

En fonction de l'examen, un produit de contraste paramagnétique pourra vous être injecté. Comme avec tous produits pharmaceutiques, de rares allergies ont été observées (réactions cutanées, nausées, vomissements, voire choc anaphylactique). De même en fonction de l'examen, un médicament pourra être utilisé soit pour ralentir ou accélérer le cœur, soit pour dilater l'artère.

Merci par avance de remplir par oui ou par non, les items qui vont suivre. Si vous ne comprenez pas ou si vous n'êtes pas sûr(e) de la question, vous pouvez demander à une des personnes de l'IRM des explications.

	OUI	NON
⇒ Pacemaker, défibrillateur implantable, sondes		
⇒ Clips d'anévrisme		
⇒ Prothèse valvulaire cardiaque métallique		
⇒ Clips pour intervention chirurgicale coronarienne		
⇒ Pompe mécanique implantable		
⇒ Coils intravasculaires, filtre cave ou stents		
⇒ Implant oculaire (yeux)		
⇒ Clips intra-crâniens (chirurgie crânienne)		
⇒ Autres clips vasculaires		
⇒ Implant cochléaire (oreilles)		
⇒ Eclats d'obus ou de balle (quel que soit l'endroit de votre corps)		
⇒ Maquillage autour des yeux		
⇒ Autre matériel étranger		
⇒ Terrain allergique ou allergie connue		

Avez-vous déjà eu une IRM ?		
Avez-vous déjà eu une blessure au niveau des yeux par un objet métallique ?		
Avez-vous déjà été travailleur en métallurgie ?		
Avez-vous eu des opérations chirurgicales ?		
Si oui, veuillez inscrire toutes vos opérations :		
Si vous êtes une femme : Stérilet intra-utérin ? Etes-vous enceinte ?		
Examens biologiques (résultats datant de moins de 48 h) urée : _____ créatinine : _____		

**S'il vous plaît, enlever tout ce qui suit avant d'entrer dans la chambre d'examen :** appareil dentaire, Clefs, Portefeuille ou pièces de monnaie, Appareil auditif, Bijoux, montres, maquillage des yeux, pinces à cheveux ou autres accessoires, tout autre objet métallique ou magnétique.

Dans le cadre d'une évaluation scientifique, des données anonymisées et informations fournies pour l'IRM pourraient être utilisées dans une base informatique. Je donne mon accord

OUI

NON

Je reconnais avoir répondu sincèrement à ce questionnaire

Je reconnais avoir été informé des modalités de réalisation de l'IRM et de ses bénéfices et risques et accepte cet examen

OUI

NON

**Signature (patient)**

**Représentant légal (si ce n'est pas le patient)**

**Date :** \_\_\_\_\_