



DÉPISTAGE PRÉLIMINAIRE POUR ÉTUDE D'IMAGERIE PAR IRM

Veuillez écrire en caractère d'imprimerie

Chercheur / Projet :	Numéro d'identification :
Nom :	Prénom :
Genre : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Poids : _____ kg _____ lbs
Naissance (jj/mm/aaaa): __ / __ / _____	Grandeur : _____ m _____ pi

1. Avez-vous déjà subi une opération ?

Oui	Non		Si oui, veuillez préciser le type d'opération et la date :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tête	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax ou cœur	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bras, mains	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jambes, pieds	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonne vertébrale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :	

2. Portez-vous :

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulateur cardiaque (Pace-maker) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Électrodes épicaudiques ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clip pour anévrisme cérébral ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse cochléaire ? Prothèse auditive ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filtre ou cathéter dans un vaisseau sanguin ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulateur ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulateur électronique pour les os ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse valvulaire cardiaque ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corps étrangers métalliques ? (ex: balles, fragments d'obus, éclats métalliques)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pompe à insuline implantée ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse orthopédique ? (ex: clou, vis, plaque)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre (s) artificiel (s) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maquillage permanent ? Tatouage(s) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perçage(s) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant(s) magnétique(s) ou non magnétique(s) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaphragme, stérilet ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentier (Appareil orthodontie) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implant(s) ou prothèse(s) oculaire(s) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Système de distribution transdermique (ex: timbre de nitroglycérine)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :



3. Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être ? oui non

4. En cas de doute, accepteriez-vous de passer un test de grossesse ? oui non

5. Êtes-vous claustrophobe ? oui non

6. Avez-vous déjà été blessé(e) par un morceau de métal ? oui non
(ex: accident de voiture ou de travail, blessure de guerre)
Si oui, veuillez préciser: _____

7. Avez-vous subi un examen par résonance magnétique ? oui non

8. Avez-vous déjà été:

	oui	non
Machiniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opérateur de machinerie lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur de métal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Souffrez-vous de problème respiratoire ou moteur ? oui non

On m'a expliqué les procédures à suivre lors d'une session d'IRM. On m'a informé des mesures de sécurité à appliquer et on a répondu à toutes mes questions. Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts au meilleur de mes connaissances et consens à participer à une étude d'IRM.

Signature participant/parent/tuteur légal Date

===== Espace réservé =====		
	oui	non
Participation autorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Signature médecin/chercheur	_____ Date	