

## IRM

Anglais

English

English

Vous allez passer une IRM.

**You need to have:**

**a MRI (Magnetic resonance imaging)**



Pour entrer dans la salle d'IRM, il faut retirer tout objet métallique (appareils dentaires et auditifs, montre, bijoux...).

**You need to remove your dentures and hearing aids.**

**You need to remove your jewelry and piercings.**

Une perfusion va vous être posée pour injecter un produit de contraste au cours de l'examen.

**I am going to give you a:**

**I am going to put you on a drip.**

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.

**You must remain still during the entire scan**

L'examen est long. Il dure entre 15 et 40 minutes

L'examen n'est pas douloureux mais il est très bruyant.

**The scan takes a long time. About 15 to 40 minutes in total.**

**The scan isn't painful but it is very loud.**

Durant l'examen, on vous demandera de gonfler et les poumons et de bloquer la respiration.

**During the scan/examination, we will ask you to breath in deeply and keep your lungs filled with air.**

Pour nous appeler appuyer ici.

**To call us, press here.**

# CHECK LIST IRM

Nom / Last Name :

\_\_\_\_\_

Prénom / First Name:

\_\_\_\_\_

Date de naissance / Birth date :

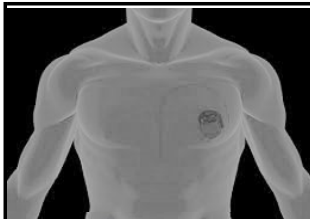

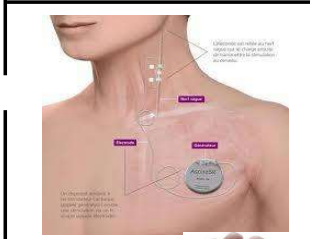
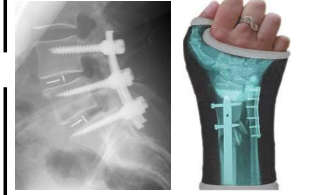
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



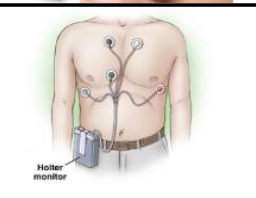
Taille / Height :

\_\_\_ cm

Poids / Weight:

\_\_\_ Kg

|   | Avez-vous ?<br>Tell me if you have:  | OUI/<br>Yes              | NON /<br>No              | Je ne sais pas. /<br>I don't know. |
|---|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|    | Un pace-maker ?<br><b>a pace-maker</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Une valve cardiaque ?<br><b>a cardiac valve</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Des stents coronaires ?<br><b>a stent</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Un défibrillateur ?<br><b>A defibrillator</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Une chambre implantable?<br><b>a PICC line (Peripherally Inserted Central Catheter)</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Allaitiez-vous ?<br><b>Are you breastfeeding? Do you breastfeed?</b>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|  | Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ?<br><b>intracranial clips</b>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Un implant cochléaire<br><b>a cochlear implant</b>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Un implant oculaire ?<br><b>an intraocular lens implant</b>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|   | Du métal dans le corps ?<br><b>Some metal in the body</b>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|  | Des éclats métalliques dans les yeux ?<br><b>Do you have metal shards in your eyes ?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |

|   | Avez-vous ?<br>Tell me if you have: | OUI / Yes                | NON / No                 | Je ne sais pas. / I don't know. |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
|  Des prothèses ?<br><b>a prosthesis</b>   |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Etes-vous enceinte ?<br><b>Are you pregnant?</b>  |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
|  Un capteur de glycémie ?<br><b>a bloodsugar sensor</b>   |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel?<br><b>If yes, do you have a card containing the equipment reference numbers?</b>   |                                     |                          |                          |                                 |
|  Avez-vous des allergies ? Lesquelles ?<br><b>Do you have any allergies? What are you allergic to?</b> |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |

Signez ici :

Could you please sign the authorization for medical treatment ?