

IRM

Danois

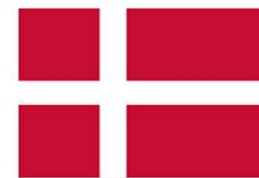
Danish

Dansk

Vous allez passer une IRM.

DU SKAL HAVE :

En MR-scanning



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

**DU SKAL TAGE TAND PROTESER UD OG HØREAPPARAT AF
DU SKAL TAGE ALLE DINE SMYKKER OG PIERCINGER AF**

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

JEG VIL GIVE DIG :

EN INFUSION

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.

Det er nødvendigt at lille helt stille under hele undersøgelsen

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

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

Undersøgelsen er langvarig. Den varer mellem 15 og 40 minutter

Undersøgelsen er ikke smertefuld men den larmer meget.

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

Under undersøgelsen, vil vi bede Dem om at fylde lungerne med luft og at holde vejret.

Pour nous appeler appuyer ici.

FOR AT TILKALDE OS, TRYK HER

CHECK LIST IRM

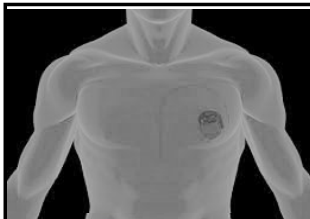


Nom / Efternavn: _____




Prénom / Fornavn: _____

Date de naissance / Fødselsdato: ____/____/____

Taille / Højde: _____ cm

Poids / Vægt: _____ Kg

	Avez-vous ? SIG TIL HVIS DU HAR:	OUI/ Ja	NON/ ingen	Je ne sais pas. / Jeg ved det ikke.
	Un pace-maker ? EN PACEMAKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? HJERTEVENTIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des stents coronaires ? EN STENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un défibrillateur ? HJERTESTARTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une chambre implantable? EN PICC LINE (Peripally Inserted Central Catheter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allaitez-vous ? AMMER DU?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ? CLIPS I KRANIET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant cochléaire ØRE IMPLANTAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant oculaire ? ØJEN IMPLANTAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du métal dans le corps ? METAL I KROPPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des éclats métalliques dans les yeux ? Metal-glimt i øjnene ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avez-vous ? SIG TIL HVIS DU HAR:	OUI/ Ja	NON/ ingen	Je ne sais pas./ Jeg ved det ikke.
 <p>Des prothèses ? EN PROTESE</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Etes-vous enceinte ? ER DU GRAVID?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Un capteur de glycémie ? En føler til måling af blodsukker</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel? Hvis ja, har De et kort med oplysning om materiale.</p>				
 <p>Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? HAR DU NOGEN ALLERGIER? (HVLKE?)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signez ici :

Vil De underskrive, at De er indforstået med behandlingen (herunder)?