

IRM

Néerlandais

Dutch

Nederlands

Vous allez passer une IRM.

Dit kan nodig zijn:

Een MRI (-Scan)



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

U moet Uw gebit en gehoorapparaat uitdoen

U moet al Uw sieraden en piercingen af doen

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

Dit kan nodig zijn:

een infuus

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.

Je moet still blijven gedurende de hele scan.

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

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

De scan duurt best lang. Ongeveer 15-40 Minuten in het totaal.

De scan doet niet pijn maar is best luid/lawaaierig.

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

Tijdens de scan/ het onderzoek vragen we je, of je diep wil inademen en je longen vol met lucht wil houden.

Pour nous appeler appuyer ici.

Om ons te bellen drukt U hier op

CHECK LIST IRM

Nom / Naam :

Prénom / Voornaam:

Date de naissance / Geboortedatum:

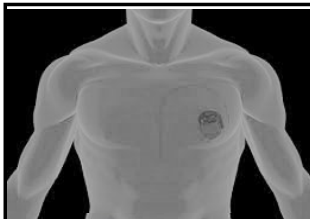

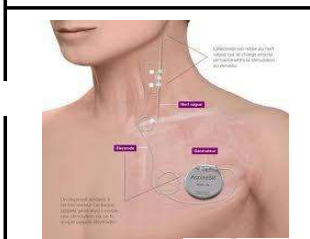
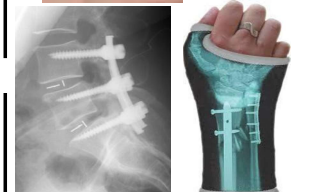
___/___/___



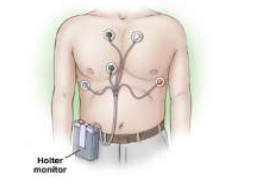
Taille / Hoogte:

___ cm

Poids / Ggewicht:

___ Kg

	Avez-vous ? Zeg ons als dit U betreft	OUI/ Ja	NON/ Neen	Je ne sais pas. / Ik weet het niet
	Un pace-maker ? een pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? een hartklep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des stents coronaires ? stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un défibrillateur ? Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une chambre implantable? Een implanteerbare katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allaitiez-vous ? Geeft U borstvoeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ? Intracraniele clips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant cochléaire Gehooraapparaatje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant oculaire ? Oogimplantaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du métal dans le corps ? Metaal in het lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des éclats métalliques dans les yeux ? Heb je metaale scherven in je oog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avez-vous ? Zeg ons als dit U betreft	OUI/ Ja	NON/ Neen	Je ne sais pas./ Ik weet het niet
 <p>Des prothèses ? prothèse</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etes-vous enceinte ? Bent U in verwachting?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>Un capteur de glycémie ? Een bloedsuiker sensor.</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel? Zo ja, heb je een kaart met het referentie nummer van het materiaal?</p>				
 <p>Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? Bent U ergens allergisch voor ? Zo ja, waarvoor?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signez ici :

Kunt u alsjeblijft de toestemming voor de medische behandeling ondertekenen?