

IRM

Portugais

Portuguese

Português



Vous allez passer un scanner.

O senhor(a) deveria ter:

Uma Imagem por ressonância magnética

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

O senhor(a) deve retirar os aparelhos dentários e auditivos.

O senhor(a) deve retirar todas as joias e piercings

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

Eu vou fazer

perfusoes

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.

Tente não se mexer durante o exame.

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

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

O exame vai demorar um pouquinho. Pode levar de 15 á 45 minutos.

O exame faz um pouco de barulho, mas não é dolorido.

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

Durante o exame você terá que inspirar fundo e segurar a respiração.

Pour nous appeler appuyer ici.

Para nos chamar, aperte aqui

CHECK LIST IRM

Nom / Nome: _____

Prénom / Primeiro nome: _____

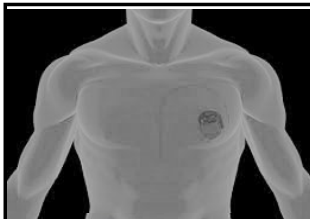

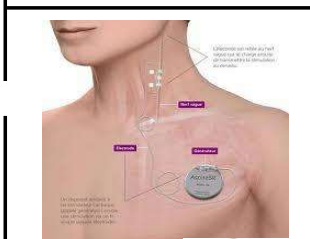
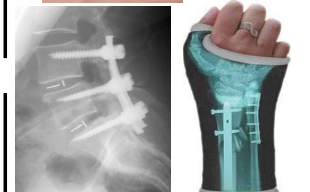
Date de naissance / Data de nascimento : ____/____/____



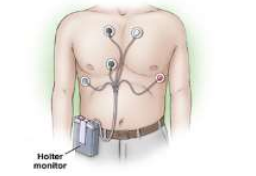
Taille / Altura: _____

cm

Poids / Peso: _____

Kg

Avez-vous ? Diga-nos se o senhor(a) tem:		OUI/ sim	NON/ Não	Je ne sais pas. / Eu não sei.
	Un pace-maker ? um marca-passo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? uma válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des stents coronaires ? um stent coronário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un défibrillateur ? Um desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une chambre implantable ? câmaras implantáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allaitiez-vous ? Está amamentando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ? Clipes intra-cranianos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant cochléaire Um Implante auditivo - aparelho auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant oculaire ? Um implante ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du métal dans le corps ? Metal no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des éclats métalliques dans les yeux ? Fragmentos metálicos dentro dos olhos / Fragmentos metálicos nos olhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avez-vous ? Diga-nos se o senhor(a) tem:	OUI / sim	NON / Não	Je ne sais pas. / Eu não sei.
 <p>Des prothèses ? uma prótese</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etes-vous enceinte ? Voce está grávida?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>Un capteur de glycémie ? Um senso de glicose no sangue</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel? Sim, claro. Você tem papel com as referências do material?</p>				
 <p>Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? É alérgica a alguma coisa?(quais?)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signez ici :

Você poderia assinar essa autorização de cuidados na parte de baixo?