

IRM

Allemand

German

Deutsch

Vous allez passer une IRM.

Sie benötigen:

Eine MRT



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

Sie müssen Ihre Zahnsperre, beweglichen Zahnprothesen und Ihr Hörgerät herausnehmen.

Sie müssen allen Ihren Schmuck und Piercings abnehmen.

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

Ich werde ... durchführen.

eine Infusion

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.

Während der gesamten Dauer der Untersuchung sollten Sie regungslos bleiben.

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

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

Die Untersuchung dauert zwischen 15 bis 40min und ist damit recht lang.

Sie ist nicht schmerzvoll, jedoch sehr lautstark.

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

Während der Untersuchung werden Sie gebeten, tief Luft zu nehmen und ihre Atmung zu blockieren.

Pour nous appeler appuyer ici.

Um uns zu rufen, drücken Sie hier.

CHECK LIST IRM

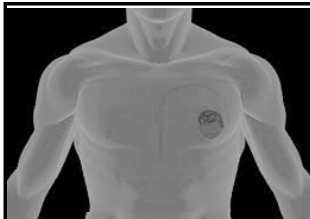


Nom / Familienname, Nachname : _____

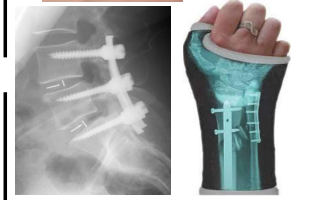
Prénom / Vorname: _____



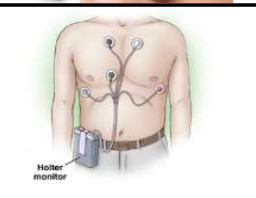
Date de naissance / Geburtstag : ____/____/____

Taille / Höhe: _____ cm

Poids / Gewicht: _____ Kg

	Avez-vous ? Sagen Sie uns, wenn Sie ... haben.	OUI/ Ja	NON/ Nein	Je ne sais pas. / Ich weiß es nicht.
	Un pace-maker ? einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? einen Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des stents coronaires ? einen Stent/eine Gefäßstütze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un défibrillateur ? Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une chambre implantable? PICC-Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allaitez-vous ? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ? interkraniale Clips (zum Stillen einer Hirnblutung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant cochléaire Cochlea-Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un implant oculaire ? Augen-Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du métal dans le corps ? Metall im Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des éclats métalliques dans les yeux ? Haben Sie Metallsplitter in den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Avez-vous ? Sagen Sie uns, wenn Sie ... haben.	OUI / Ja	NON / Nein	Je ne sais pas. / Ich weiß es nicht.
 <p>Des prothèses ? Sie benötigen:</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etes-vous enceinte ? Sind Sie schwanger?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Un capteur de glycémie ? Ein Sensor zur Messung des Blutzuckerspiegels</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel? Wenn ja, besitzen Sie eine Karte mit der Referenz des Materials?</p>				
 <p>Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? Haben Sie Allergien? (Welche?)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signez ici :

Können Sie die untenstehende Pflegebewilligung unterschreiben?