

Avec l'examen par imagerie en résonance magnétique (IRM), il est maintenant possible de mettre en image tout le corps sans l'aide de rayonnement X. Pour cela nous utilisons des micro-ondes soumises à un très fort champs magnétique. Cela engendre un signal dans le corps qui peut être par la suite être mis en image par l'appareil de résonance magnétique. Par cette méthode il est possible d'obtenir des informations diagnostiques qu'on ne pouvait pas avoir auparavant avec les méthodes radiologiques conventionnelles.

Préparation à l'examen

Vous êtes prié, avant d'entrer dans la salle d'examen, d'ôter tout objet comme **montre, objets de valeur, bijoux, stylo, carte de crédit, clés, petite monnaie, pince à cheveux, etc.** Ces objets seront déposés dans un casier fermé à clé dont vous obtiendrez le moyen de fermeture. Dans la cabine, vous êtes prié de vous déshabiller jusqu'aux sous-vêtements et d'enfiler une chemise d'hôpital. Pour les examens du crâne, il est recommandé d'ôter tout maquillage qui pourrait contenir du fer.

Déroulement de l'examen

Dans la salle d'examen vous êtes allongé sur une table amovible qui se déplace d'environ 1 à 2 mètres dans un cylindre de 55 centimètres de diamètre. Pendant le temps de travail de l'appareil, c'est à dire quand vous entendrez une sorte de grondement, vous êtes prié de ne pas bouger. Il est important d'être détendu et de rester tranquille car chaque mouvement même petit péjore la qualité de l'image. Une respiration régulière et la déglutition ne dérangent pas le bon déroulement de l'examen. Vous serez constamment sous contrôle d'un médecin durant tout l'examen et s'il devait y avoir un problème, vous pourrez en tout temps avvertir l'équipe soignante présente dans la pièce à côté. **Pour cause de champs magnétique (effet d'aimant) et d'étroitesse de l'appareil ne pourront pas tous les patients subir cet examen. C'est pourquoi nous vous prions de remplir le questionnaire qui suit.**

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Taille (cm) _____ Poids (kg) _____ Profession _____

1. Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque, vous disposez d'un dispositif médical sur ou dans le corps? *Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder Neurostimulators.....* Oui Non
oder haben Sie ein medizinisches Gerät im oder am Körper?
2. Portez-vous une prothèse dentaire que vous pouvez ôter? Oui Non
Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?
Avez un aimant? *Wird sie mit Magneten befestigt?.....* Oui Non
Portez-vous des pièces métalliques dans votre corps suite à une opération?
(prothèse de hanche, clips, pompe à insuline/médicaments, vis ou plaque sur un os)... Oui Non
Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile z.B. Metallprothesen, Metallclips, Insulin-/Zytostatikapumpen etc.
Avez-vous des Tatouages? *Haben Sie Tattoos?.....* Oui Non
3. Avez-vous déjà reçu une fois des éclats de métal dans un œil? Oui Non
Hatten Sie früher eine Metallsplittersverletzung des Auges?
Est-ce que cet éclat de métal a été retiré? *Wurde der Metallsplitter entfernt?.....* Oui Non
4. Avez-vous subi une opération du cœur ou de la tête?..... Oui Non
Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden?
5. Portez-vous un appareil auditif? *Tragen Sie ein Hörgerät?.....* Oui Non
6. Etes-vous claustrophobe? *Leiden Sie unter Platzangst?.....* Oui Non
7. Savez-vous si vous souffrez d'intolérances/allergies?..... Oui Non
Le cas échéant, lesquelles? _____
Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit/Allergie bekannt? Wenn ja, welche?
8. Savez-vous si vous souffrez de maladies infectieuses (hépatite, VIH+, TBC)? Oui Non
Le cas échéant, lesquelles? _____
Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV+, TBC)? Wenn ja, welche?
9. Portez-vous un pansement? *Tragen Sie ein medizinisches Pflaster?.....* Oui Non
10. Pourriez-vous être enceinte? Oui Non
Sind Sie schwanger?

Si vous avez encore des questions, n'hésitez pas à questionner le radiologue ou l'équipe soignante.

Par ma signature, je donne mon accord pour que l'hôpital cantonal de Zug puisse obtenir les informations/images médicales nécessaires auprès des hôpitaux/instituts de radiologie/médecins impliqués dans mon traitement ou les leur transmettre.

Date _____ Signature _____