

Ziekenhuislaan 100 | 1500 Halle
tél. 02 363 64 21 | fax 02 363 64 35
www.sintmaria.be

Dr Dirk Crombé
Dr Laura Dewachter
Dr Robin Peters

Dr Lennert Van Muylder
Dr Bart Van Den Bossche

Nom du (de la) patient(e) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Votre taille (en cm) :

Votre poids (en kg) :

VIGNETTE PATIENT

	Oui	Non	?
Avez-vous un appareil électronique dans le corps ; pacemaker, DCI, défibrillateur, neurostimulateur, ... ? Si oui, veuillez encercler ce qui s'applique.			
Avez-vous subi une opération au cours des 6 dernières semaines ?			
Êtes-vous porteur d'un shunt, d'un drain VP ou d'un implant cochléaire ? Si oui, veuillez encercler ce qui s'applique.			
Avez-vous déjà subi une opération vasculaire ?			
Avez-vous des éclats métalliques dans le corps ?			
Êtes-vous porteur d'une pompe à insuline, d'une pompe à morphine, d'un capteur de lecteur de glycémie (FSL) ? Si oui, veuillez encercler ce qui s'applique.			

Si vous avez répondu « oui » à au moins 1 des questions ci-dessus, ↑

veuillez prendre contact au plus vite avec le service de radiologie au 02 363 64 21, pendant les heures de bureau.

Si vous n'avez pas pris contact à l'avance, l'examen pourrait être reporté pour des raisons de sécurité.

	Oui	Non	?
Êtes-vous porteur d'un appareil auditif, d'une prothèse dentaire ou d'un implant dentaire ? Si oui, veuillez encercler ce qui s'applique.			
Avez-vous été opéré au niveau d'une valve cardiaque ?			
Êtes-vous allergique au produit de contraste à base de gadolinium, au buscopan ou au mannitol ? Si oui, veuillez encercler ce qui s'applique.			
Souffrez-vous d'un glaucome diagnostiqué par un médecin ?			
Êtes-vous allergique au jus d'ananas ?			
Avez-vous un tatouage, un piercing, un maquillage permanent ou une perruque ? Si oui, veuillez encercler ce qui s'applique.			
Est-il possible que vous soyez enceinte ?			
Si vous venez pour une IRM des seins : quel était le premier jour de vos dernières règles ? / /		

Je confirme que les informations ci-dessus sont correctes.
Je confirme également avoir reçu et compris les informations nécessaires.
J'accepte l'examen par IRM prescrit.

Date à laquelle vous complétez ce document : / /

Signature du (de la) patient(e) :