

Etiquette du patient :

Date de la TRM :

TRM effectuée par (collaborateur
Medalp) :



Dokumentsprache: **D_E_F_I_NL_RUSS**

Chère patiente, cher patient,

Votre médecin traitant vous a ordonné une tomographie par résonance magnétique. Nous vous prions de lire le texte qui suit et de répondre ensuite aux questions indiquées. Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser au personnel médico-technique ou au médecin.

■ Qu'est-ce qu'une tomographie par résonance magnétique ?

La tomographie par résonance magnétique permet d'examiner le corps sans rayons X. Pendant l'examen, des champs magnétiques puissants produisent de brèves ondes radioélectriques. Les signaux alors retransmis par le corps sont analysés sur ordinateur. L'examen n'est pas douloureux et aucun effet nocif n'est connu à ce jour.

■ Comment se déroule l'examen ?

Notre appareil est ce qu'on appelle un système ouvert, c'est-à-dire que l'examen n'a pas lieu dans un tube.

Selon l'organe concerné, l'examen dure 15 à 30 minutes.

Pendant l'examen, vous serez allongé sur une table d'examen ouverte de tous les côtés et vous entendrez des battements.

Il est extrêmement important que vous restiez absolument tranquille car les moindres mouvements peuvent perturber l'image.

Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire d'administrer un produit de contraste pour obtenir une meilleure représentation des structures.

En règle générale, le produit de contraste est très bien toléré. Dans certains cas très rares, certaines réactions d'incompatibilité peuvent se produire.

Lorsqu'une ponction veineuse est requise, il est possible qu'un hématome apparaisse, et dans certains cas très rares, une infection.

Pour pouvoir mieux évaluer tout risque éventuel pour votre personne, nous vous prions de répondre aux questions suivantes en cochant la case correspondante.

1. Avez-vous déjà fait une TRM ? Oui Non
2. Souffrez-vous d'allergies, y a-t-il des médicaments que vous ne supportez pas ? A ce jour, il n'a été observé que très rarement des réactions allergiques au produit de contraste pour RM. Les allergies à l'iode ne jouent aucun rôle lors du présent examen. Oui Non
3. Portez-vous un stimulateur cardiaque ou bien une pompe à médicaments ? Oui Non
4. Avez-vous des implants ou des prothèses (tels que les implants d'oreille moyenne, les prothèses valve cardiaque ou hanche) ? Oui Non
5. Portez-vous des pièces ou des éléments métalliques (piercing par exemple) ? Oui Non
6. Avez-vous déjà subi une opération au cœur ou à la tête ? Oui Non
7. Portez-vous un tatouage ou un maquillage permanent ? Oui Non
8. Est-il possible que vous soyez enceinte ? Oui Non
9. Quel est votre poids ?

Avez-vous déjà subi des opérations ou des blessures dans la zone à examiner ?

Je confirme avoir lu et compris le texte et avoir répondu aux questions avec la plus grande exactitude. J'accepte de subir la TRM qui m'a été proposée.

Nom du patient

Date

Signature du patient

Nom et signature du médecin/TRM