



WESTMOUNT SQUARE
 1 Westmount Square, Suite C210
 Westmount (QC) H3Z 2P9
 Tél.: (514) 939-9764
 Fax: (514) 939-9363
 Courriel: info.ws@radimed.ca

SAINT-LAURENT
 6363 Transcanadienne, Bur.135
 Ville Saint-Laurent (QC) H4T 1Z9
 Tél.: (514) 747-5995
 Fax: (514) 388-6996
 Courriel: info.sl@radimed.ca

WEST ISLAND
 215 Frobisher
 Pointe-Claire (QC) H9R 4R9
 Tél.: (514) 697-9940
 Fax: (514) 697-3711
 Fax: (514) 697-8854 - IRM seulement
 Courriel: info.wi@radimed.ca

www.radimed.ca

QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ IRM | MRI SECURITY QUESTIONNAIRE

Nom et prénom : _____
 Name & surname

Téléphone : _____ **Date de naissance :** _____
 Phone number Date of birth

Stimulateur cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pacemaker	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Endoprothèse vasculaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Stent	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Clip sur un anévrisme cérébral	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aneurysm clip	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Implant oculaire ou cochléaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ocular or cochlear implant	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fragment métallique dans un oeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Metallic ocular foreign body	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pompe à insuline	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Insulin pump	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neuro ou bio stimulateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Neuro or biostimulator	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dérivation ventriculaire métallique (shunt)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	VP shunt	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fragment d'électrode (après chirurgie cardiaque)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Electrode fragment (post cardiac surgery)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Filtre "Birdnest" (parapluie dans V.C.I.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	IVC filter (Birdnest)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Prothèse articulaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Joint prosthesis	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fracture traitée par tige, plaque, vis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Metal pins, rods or screws in bones	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiges de Cotrel ou Harrington	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Cotrel or Harrington rod	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Agrafes, sutures ou mèches métalliques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Metallic staples or sutures	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Éclats d'obus ou projectiles d'armes à feu	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Shrapnel, bullet, gunshot	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Implant pénien magnétique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Magnetic penile implant	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Implant / marqueur seins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Breast implant or marker	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Timbre nicotine / médicamenteux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nicotine / medicated patch	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tatouage, perçage ou maquillage permanent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tattoo, piercing or permanent makeup	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Verres de contact teintés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tinted contact lenses	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Prothèse ou broches dentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Denture or teeth braces	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Allergies / Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Allergies / asthma	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enceinte Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Allaitement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pregnant Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Breastfeeding	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Injection d'iode ou Gadolinium (derniers 48hrs)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Iodine or gadolinium injection (last 48 hrs)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale (taux créatinine) _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Renal failure (creatinine level) _____	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Claustrophobe*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Claustrophobic *	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

* S.V.P. Prescrire un anxiolytique Poids _____

* Please prescribe an anxiolytic Weight _____

Signature du médecin / Doctor's signature

Signature du patient / Patient's signature

Date