



## IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

### QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ADMINISTRATION DE PRODUIT DE CONTRASTE

Imp\_crm \_\_\_\_ Édition \_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS n° \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_ kg

*IMPORTANT – L'imagerie par résonance magnétique utilise un champ magnétique très intense. Si vous portez une prothèse/un implant, n'entrez pas dans la salle sans surveillance. N'entrez pas avec des objets métalliques (montre, boucles d'oreilles, bracelets, clés, etc.). Remplissez ce formulaire avec soin ; en cas de doute, adressez-vous au/à la manipulateur(trice) ou au médecin radiologue.*

Avez-vous déjà passé une IRM ? Non ☐ Oui ☐ Pour \_\_\_\_\_ Avez-vous déjà été opéré(e) ? Non ☐  
 quoi \_\_\_\_\_ Oui ☐ Pour quoi \_\_\_\_\_

#### IMPLANTS ET DISPOSITIFS

| RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)                                                                                                                                  | NON | OUI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur automatique implantable (DAI) ?                                                          |     |     |
| Avez-vous des valves cardiaques artificielles ?                                                                                                              |     |     |
| Avez-vous des stents (endoprothèses vasculaires) ?                                                                                                           |     |     |
| Avez-vous des clips ou des coils d'anévrisme (cérébraux, aortiques ou autres) ?                                                                              |     |     |
| Avez-vous un appareil auditif et/ou un implant cochléaire ?                                                                                                  |     |     |
| Avez-vous un implant, une prothèse, une plaque et/ou un appareil dentaire ?                                                                                  |     |     |
| Avez-vous un shunt ou une valve (spinal(e) ou ventriculaire) ?                                                                                               |     |     |
| Avez-vous un neurostimulateur ou un biostimulateur ?                                                                                                         |     |     |
| Avez-vous des prothèses orthopédiques métalliques, des plaques, des vis ou des broches ?                                                                     |     |     |
| Avez-vous une pompe à perfusion de médicaments (interne ou externe, ex. : pompe à insuline) ?                                                                |     |     |
| Avez-vous un capteur de glycémie implanté ou sous-cutané ?                                                                                                   |     |     |
| Avez-vous un dispositif d'amaigrissement (anneau ou ballon gastrique) ?                                                                                      |     |     |
| Avez-vous une prothèse pénienne, une prothèse oculaire ou un ressort/fil dans la paupière ?                                                                  |     |     |
| Portez-vous un patch médicamenteux sur la peau (ex. : nicotine, nitroglycérine) ?                                                                            |     |     |
| Avez-vous de la limaille, du plomb de chasse et/ou des éclats métalliques dans le corps ?                                                                    |     |     |
| Avez-vous déjà eu une lésion de l'œil par un objet/fragment métallique, OU travaillez-vous (avez-vous travaillé) les métaux (soudeur, serrurier, tourneur) ? |     |     |
| Avez-vous des tatouages et/ou des piercings ?                                                                                                                |     |     |

Si vous avez un implant/dispositif, indiquez la marque/le modèle et apportez la carte d'implant correspondante :

#### SANTÉ ET ALLERGIES

| RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)                                               | NON | OUI |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Souffrez-vous de claustrophobie ?                                         |     |     |
| Avez-vous de l'asthme ou une bronchite ?                                  |     |     |
| Avez-vous des allergies (médicaments, aliments, autres) ?                 |     |     |
| Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?                                     |     |     |
| Êtes-vous sous hémodialyse ?                                              |     |     |
| Avez-vous déjà passé des examens avec injection de produit de contraste ? |     |     |



| RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)                                        | NON | OUI |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Avez-vous déjà eu une allergie à un produit de contraste injecté ? |     |     |

Si vous avez des allergies, à quoi ? \_\_\_\_\_

### SI VOUS ÊTES DE SEXE FÉMININ

| RÉPONDRE AVEC UNE CROIX (X)                              | NON | OUI |
|----------------------------------------------------------|-----|-----|
| Avez-vous un expandeur mammaire (prothèse d'expansion) ? |     |     |
| Avez-vous un dispositif intra-utérin (DIU) ?             |     |     |
| Êtes-vous enceinte ?                                     |     |     |
| Allaitez-vous ?                                          |     |     |

Si vous êtes enceinte, de combien de semaines ? \_\_\_\_\_

*Avant d'entrer dans la salle d'examen, retirez tous les objets métalliques et enfilez la blouse fournie. Les dispositifs externes (ex. : pompe à insuline, capteur de glycémie externe) doivent être retirés ou gérés avec le/la manipulateur(trice). Le questionnaire est revu verbalement par le/la manipulateur(trice) en radiologie ; en cas de doute, la décision de réaliser l'examen revient au médecin radiologue.*

### INFORMATION SUR LE PRODUIT DE CONTRASTE

Parfois, pour aider à détecter et/ou caractériser des lésions, l'injection d'un produit de contraste dans une veine est nécessaire, avec votre accord. Le produit de contraste utilisé en IRM est un agent à base de gadolinium macrocyclique – du groupe le plus stable et le moins à risque.

Il est généralement bien toléré ; des effets légers et passagers peuvent survenir (maux de tête, nausées, altérations du goût ou réactions au point d'injection). Moins fréquemment, des réactions allergiques peuvent apparaître (éruptions cutanées, démangeaisons) et, rarement, des réactions anaphylactiques graves nécessitant un traitement immédiat (difficulté à respirer, gonflement du visage/de la gorge, variations de la tension artérielle) – l'équipe est prête à les traiter. Chez les patients atteints d'une maladie rénale grave préexistante, il existe un risque rare de fibrose systémique néphrogénique (épaississement de la peau, pouvant toucher les organes internes).

Fonction rénale : pour l'agent utilisé (macrocyclique), une analyse préalable de la fonction rénale n'est pas requise en routine ; en cas de maladie rénale grave connue, la décision est évaluée au cas par cas par le médecin. Grossesse : le produit de contraste n'est pas administré en routine – l'absence de grossesse sera confirmée avant l'administration et il ne sera utilisé qu'en cas de nécessité absolue. Allaitement : il peut se poursuivre normalement après le produit de contraste.

### CONSENTEMENT

#### COCHEZ L'UNE DES OPTIONS AVEC UNE CROIX (X) :

☐

J'AUTORISE l'administration intraveineuse d'un produit de contraste, en cas de nécessité.

☐

JE N'AUTORISE PAS l'administration intraveineuse d'un produit de contraste.

*Je déclare que les informations fournies dans ce questionnaire sont exactes et complètes, que j'ai lu et compris les informations relatives au produit de contraste et que je confirme mon choix, pouvant révoquer ce consentement à tout moment, même après l'avoir signé.*

|                                                                                       |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Signature ou nom du/de la patient(e) ou du/de la représentant(e) légal(e)</b>      | <b>Date</b>            |
|                                                                                       | ____/____/____         |
| <b>Si le/la patient(e) n'est pas en mesure de signer – numéro de pièce d'identité</b> | <b>Lien de parenté</b> |
|                                                                                       |                        |
| <b>Validé par (médecin radiologue ou manipulateur(trice) en radiologie)</b>           | <b>Date</b>            |
|                                                                                       | ____/____/____         |

À remplir par le service – Produit de contraste administré : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Lot : \_\_\_\_\_

*Protection des données : les données recueillies sont utilisées exclusivement pour la réalisation de l'examen, la rédaction de son compte rendu et l'archivage du dossier clinique, et sont traitées conformément au RGPD (Règlement (UE) 2016/679) et à la loi portugaise n° 58/2019. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et les autres droits prévus par la loi auprès de la CRMA (délégué à la protection des données).*