

Form #384

**Medical Imaging Department**

**MRI Unit**

**MRI Patient Safety Questionnaire**

Telephone number: (506) 857-5534

Fax number: (506) 870-2442

<b>Patient Name:</b>	_____
<b>SERHA ID#:</b>	_____
<b>Previous MRI?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "Yes", give
_____	_____
(place)	(date)
<b>Previous CT scan?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No if "Yes", give
_____	_____
(place)	(date)

**Completion of this form prior to booking the MRI appointment is mandatory**

Your doctor has requested a Magnetic Resonance Imaging (MRI) examination as part of your medical evaluation. This procedure is performed using a very strong magnetic field and radio waves to produce images of your internal organs and structures. Because of the strong magnetic field, **Important Questions** regarding your safety have to be answered.

**Answer the following questions carefully**

- | Yes                      | No                       | Do you have:  |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiac pacemaker or Pacemaker leads? <b>If "Yes" an MRI scan can not be performed.</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artificial cardiac valve replacement or Implanted Defibrillator   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had neurosurgery? (Brain or skull surgery)   |
|                          |                          | <b>If "Yes" give reason:</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aneurysm clips? <b>If "Yes" identify location:</b> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Head                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metal plate or Shunt tube in head   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever <b>worked closely with metal</b> i.e. Locksmith, keymaker, auto mechanic, welding (hobby or professional)?                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had metal chips or fragments in eyes or skin: Shrapnel, Gun shot or BB pellet wounds  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ear prosthesis ( <b>Cochlear or Stapedial Implant</b> )   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hearing aid(s)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artificial eye prosthesis or Cataract surgery. If yes, _____ and _____<br>(year) (Physician name)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Permanent eye liner or Tattoos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All body piercings. ( <b>Must be removed prior to arrival to MRI department</b> )   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurostimulators ( <b>Tens unit, implanted for pain control</b> )   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orthopedic Implant: <input type="checkbox"/> knee/hip joint <input type="checkbox"/> Metal pin or screws <input type="checkbox"/> Artificial limb |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blood vessel stent or Vena cava filter ( <b>Basket</b> ) for blood clot <u>within past six (6) weeks?</u>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dentures, Dental implants, or braces  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ball-Valve Penile implant   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you pregnant or think you might be? <b>Last period began (date):</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Have you had any previous surgery? If "Yes", what type and date:</b> _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you claustrophobic ( <b>Fear of small places</b> )  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patient's language of preference <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French   |

**Completed by:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**For Department Use Only**

**Technologist:** \_\_\_\_\_

Form #384

**Service d'imagerie médicale**  
**Imagerie par résonance magnétique**  
**Formulaire de la sécurité des patients**

Tél. 506-857-5534

Télé. 506-870-2442

Nom du patient: \_\_\_\_\_

No d'identité à la RRSSE: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un examen IRM?  Oui  Non

Si oui, donner le lieu et la date \_\_\_\_\_

(lieu)

(date)

Avez-vous déjà eu un TDM?  Oui  Non

Si oui, donner le lieu et la date \_\_\_\_\_

(lieu)

(date)

**Ce formulaire doit être rempli avant de fixer un rendez-vous pour un examen IRM.**

Votre médecin a demandé que vous passiez un examen IRM (Imagerie par résonance magnétique) dans le cadre de votre évaluation médicale. L'IRM est effectué à l'aide de champs magnétiques très puissants pour produire des images de vos organes et de vos structures internes. En raison des champs magnétiques puissants, veuillez répondre aux **Questions Importantes** suivantes.

**Veuillez répondre aux questions suivantes attentivement.**

**Oui Non avez-vous :**

Un stimulateur cardiaque ou des électrodes cardiaque? **Si "oui", l'IRM doit être annulé.**

Une valvule prothétique ou un défibrillateur implanté?

Subi une neurochirurgie? (du cerveau ou du crâne)

**Si "oui", veuillez dire pourquoi :** \_\_\_\_\_

Des pinces d'anévrisme?

**Si "oui", veuillez dire où :**  abdomen  tête

Une lame de métal ou tube de dérivation dans le crâne?

Avez-vous déjà travaillé comme ouvrier métallurgiste, serrurier, homme-clef, mécanicien, soudeur (professionnel ou amateur)?

Avez-vous déjà eu un morceau de métal dans les yeux ou sous la peau? Une cicatrice de shrapnel, de balle de fusil ou de balle bb?

Une prothèse auditive? (implant cochléaire ou stapedial)

Une aide à l'audition?

Une prothèse oculaire ou une chirurgie pour cataractes?

Si "oui", quand \_\_\_\_\_ et par qui? \_\_\_\_\_  
année médecin

Du maquillage permanent ou des tatouages?

Des perçages corporels? (**Tous les bijoux doivent être enlevés avant l'examen.**)

Un neurostimulateur? (**Neurostimulateur transcutané pour contrôle de la douleur**)

Un implant orthopédique?:  genou/ hanche  vis ou épingle de métal dans os  un membre artificiel?

Avez-vous eu un stent vasculaire un filtre de la veine cave inférieure (panier) pour la coagulation sanguine **dans les six dernières semaines?**

Un dentier, un implant dentaire ou un appareillage orthodontique?

Un implant pénien avec soupape à bille?

Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? **Début des dernières menstruations (date : \_\_\_\_\_)**

**Avez-vous déjà subi une chirurgie? Si oui, de quel type et à quelle date** \_\_\_\_\_

Etes-vous claustrophobe? (**peur des endroits restreints**)

Langue préférée du patient  Anglais  Français

Rempli par : \_\_\_\_\_ Désignation : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**À l'usage du service seulement**

Technologue