

IRM

Japonais

Japanese

日本語

Vous allez passer une IRM.
.....しなければなりません。

磁気共鳴イメージング



Pour entrer dans la salle d'IRM, il faut retirer tout objet métallique (appareils dentaires et auditifs, montre, bijoux...).

入れ歯と補聴器を外さなければなりません。
すべてのアクセサリやピアスを外さなければなりません。

Une perfusion va vous être posée pour injecter un produit de contraste au cours de l'examen.
今から静脈に造影剤を注入しますが、その際身体が暖かく感じる

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.
全体のスキャンが終わるまで待っていただく必要があります。

L'examen est long. Il dure entre 15 et 40 minutes
L'examen n'est pas douloureux mais il est très bruyant.
スキャンには時間がかかります。全部で15から40分ほどかかります。
検査は痛くはありませんが、大きい音が出ます。

Durant l'examen, on vous demandera de gonfler et les poumons et de bloquer la respiration.
スキャン中は深く息を吸って、肺に空気を満たした状態にしておいてください。

Pour nous appeler appuyer ici.
用事がある時はここを押してください。

CHECK LIST IRM

Nom / 名字 _____


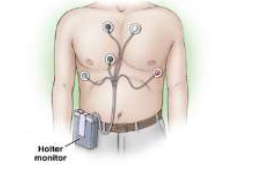
Prénom / 名前 _____

Date de naissance / 生年月日 _____/_____/_____

Taille / 身長 _____ cm

Poids / 体重 _____ Kg

Avez-vous ?		OUI/	はい	NON/	いいえ	Je ne sais pas./	わかりません
次のものをつけているなら教えてください。							
	Un pace-maker ? ペースメーカー		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Une valve cardiaque ? 人工心臓弁		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Des stents coronaires ? ステント		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Un défibrillateur ? じょさいどうき, 除細動機		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Une chambre implantable ? 皮膚の下のカテーテル		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Allaitiez-vous ? あなたが授乳しています		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ? 脳内の インプラント		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Un implant cochléaire 蝸牛の インプラント		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Un implant oculaire ? 目に金属が入った医療機器		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Du métal dans le corps ? 身体に金属片がありますか？		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Des éclats métalliques dans les yeux ? 金属の破片が目に入っているのですか。		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Avez-vous ?		OUI/	はい	NON/	いいえ	Je ne sais pas./	わかりません
次のものをつけているなら教えてください。							
	Des prothèses ? 義肢		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Etes-vous enceinte ? あなたは妊娠していますか。		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Un capteur de glycémie ? 血糖値センサー		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel? もしそうであるなら、装置の照会番号が記載されているカードを持っていますか。							
	Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? アレルギーがありますか (何のアレルギーですか)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Signez ici :

治療の承認をする書類にご署名して頂けますか。

--