

IRM

Ukrainien

Ukrainian

українська мова

Vous allez passer un scanner.

**Ви повинні мати:**

**МРТ(магнітно-резонансна томографія)**

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

**Ви повинні зняти стоматологічні та слухові апарати.**

**Ви повинні зняти всі ваші прикраси і пірсинг.**

Une perfusion va vous être posée pour injecter un produit de contraste au cours de l'examen.

**Я збираюся зробити вам:**

**крапельницю**

Il faudra rester immobile pendant tout l'examen.

**Ви повинні залишатися нерухомими протягом усього сканування**

L'examen est long. Il dure entre 15 et 40 minutes

L'examen n'est pas douloureux mais il est très bruyant.

**Сканування триває тривалий час. Приблизно 15-40хвилин**

**Сканування не болісне, але дуже гучне**

Durant l'examen, on vous demandera de gonfler et les poumons et de bloquer la respiration.

**Під час сканування/обстеження ми попросимо вас глибоко вдихнути і затримати повітря.**

Pour nous appeler appuyer ici.

**Щоб викликати нас, натисніть тут.**



# CHECK LIST IRM

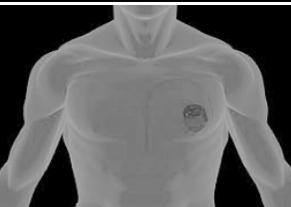
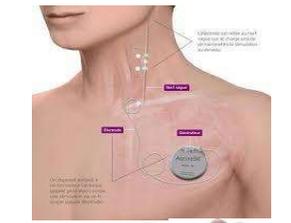
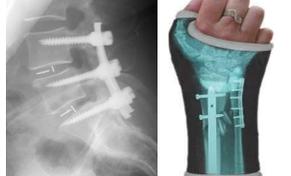
Nom / 0 \_\_\_\_\_

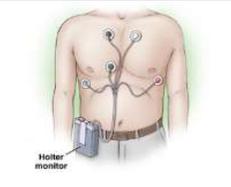
Prénom / 0 \_\_\_\_\_

Date de naissance / 0 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taille / 0 \_\_\_\_ cm

Poids / 0 \_\_\_\_ Kg

Avez-vous ?		OUI / 0	NON / 0	Je ne sais pas. / 0	
<b>Повідомте нас, якщо у вас є:</b>					
	Un pace-maker ? <b>Кардіостимулятор</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Une valve cardiaque ? <b>Серцевий клапан</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Des stents coronaires ? <b>Стент</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Un défibrillateur ? <b>Дефібрилятор</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Une chambre implantable ? <b>Імплантована камера (система)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Allaitez-vous ? <b>Чи ви годуйте грудьми?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Des clips chirurgicaux intra crâniens (CI avant 1992) ? <b>Інтракраніальні зажими</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Un implant cochléaire <b>Кохлеарний імплантат</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Un implant oculaire ? <b>Очний імплантат</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Du métal dans le corps ? <b>Метал в тілі</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Des éclats métalliques dans les yeux ? <b>Чи є у вас металеві осколки в очах?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous ? <b>Повідомте нас, якщо у вас є:</b>		OUI / 0	NON / 0	Je ne sais pas. / 0
	Des prothèses ? <b>Протез</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etes-vous enceinte ? <b>Чи вагітні ви?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Un capteur de glycémie ? <b>Датчик цукру в крові</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous une carte avec les références du matériel? <b>Якщо так, чи є у вас картка, що містить довідкові номери обладнання?</b>				
	Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? <b>Чи є у вас алергія? На що саме?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signez ici : <b>Ви погоджуєтесь підписати дозвіл на лікування?</b>				