

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



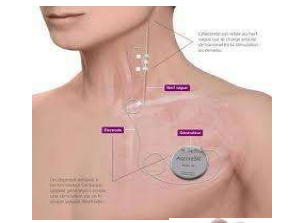
Nom / 0 _____

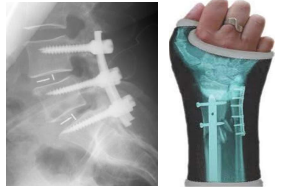
Prénom / 0 _____



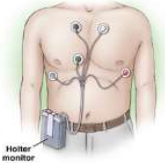
Date de naissance / 0 ____/____/____

Taille / 0 ____ cm

Poids / 0 ____ Kg

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



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