

IRM

Ukrainien

Ukrainian

українська мова

Vous allez passer une IRM.

**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.

**Ви повинні мати:**

**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

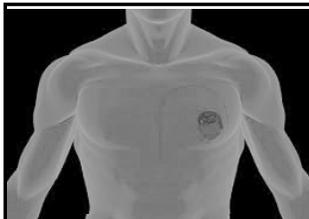
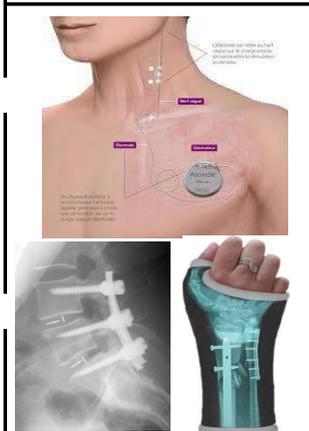
Nom / Ім'я: \_\_\_\_\_

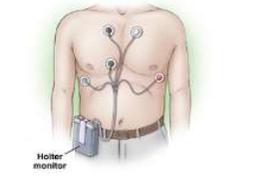
Prénom / ім'я: \_\_\_\_\_

Date de naissance / Дата народження: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taille / Розмір: \_\_\_\_\_ cm

Poids / вага: \_\_\_\_\_ Kg

	Avez-vous ? <b>Повідомте нас, якщо у вас є:</b>	OUI / да	NON / НЕ	Je ne sais pas. / Я не знаю
	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>Імпантована камера (система)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allaitez-vous ? <b>Чи ви годусте 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 / <b>да</b>	NON / <b>НЕ</b>	Je ne sais pas. / <b>Я не знаю</b>
 <p>Des prothèses ? <b>Протез</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etes-vous enceinte ? <b>Чи вагітні ви?</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>Un capteur de glycémie ? <b>Датчик цукру в крові</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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></p>				
 <p>Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? <b>Чи є у вас алергія? На що саме?</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signez ici :

**Ви погоджуєтесь підписати дозвіл на лікування?**