

## QUESTIONNAIRE DE CONTRÔLE DE SÉCURITÉ ET DE DÉPISTAGE POUR L'IRM

**PARTICIPANT·E**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA) Heure (24h; HH:MM)

\_\_\_\_\_  
Nom Prénom

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  Femme  Homme Latéralité :  Gaucher  Ambi-  Droitier  
Poids (kg) Taille (m) Temp. (°C) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

### ASSURER VOTRE SÉCURITÉ PENDANT L'EXAMEN

Les éléments suivants peuvent vous être nuisibles pendant l'examen IRM ou peuvent interférer avec l'examen IRM. Veuillez fournir une réponse « oui » ou « non » pour chaque élément.

OUI NON

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque ou défibrillateur automatique implanté/DCI   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Électrodes ou fils internes (fils de stimulation, fils DBS ou VNS)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unité de neurostimulateur-TENS, biostimulateur, stimulateur de croissance osseuse, DBS, VNS  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant auriculaire (cochléaire), implant d'oreille moyenne  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Valve cardiaque artificielle, bobine, filtre et/ou stent (bobine Gianturco, filtre IVC)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip(s) d'anévrisme  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à médicament implantée (pour la chimiothérapie, la douleur)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à médicament externe (pour l'insuline ou d'autres médicaments)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cathéter (Port-a-Cath, Broviac, PICC line, Swan-Gantz, Thermodilution)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Matériel post-chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulation et/ou membre artificiel   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oeil artificiel et/ou ressort de paupière  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blessure à l'œil causée par un objet métallique (copeaux de métal, éclats de métal)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aide(s) auditive(s) - <b>DOIVENT ÊTRE ENLEVÉES avant d'entrer dans la salle</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse(s) dentaire(s), fausse(s) dent(s), dispositif(s) dentaire(s) métallique(s) amovible(s), bagues dentaires, fil de contention, gouttière dentaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tout type d'implant maintenu en place par un aimant  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blessure par un objet métallique (shrapnel, balle, BB) et nécessitant des soins médicaux   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patch médicamenteux (nitroglycérine, nicotine, contraceptif, œstrogène)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shunt ou Sophy ajustable et soupape de pression réglable   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fixation vertébrale, gilet de fusion vertébrale et/ou halo, stimulateur de la moelle épinière  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clips chirurgicaux, agrafes ou filet chirurgical   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extenseur de tissu (sein)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant pénién   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pessaire, DIU, Diaphragme  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Graines de rayonnement (traitement du cancer)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piercing corporel, tatouage ou maquillage permanent  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perruque, implants de cheveux  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Un dispositif RFID ou d'identification par radiofréquence (par exemple, un bracelet sur un patient hospitalisé)  |

Si vous avez répondu «OUI» à l'une des questions ci-dessus, l'IRM pourrait être dangereuse pour vous et vous pourriez ne pas être éligible en tant que participant. Pour les éléments qui ne sont pas des contre-indications immédiates et qui ne peuvent pas être entièrement retirés avant l'examen IRM, le coordinateur du département de radiologie sera consulté avant de procéder. Veuillez fournir toute autre information qui pourrait être pertinente pour cette évaluation finale :



### Avez-vous des antécédents de

OUI NON

- Claustrophobie  
  Diabète  
  Asthme, maladie respiratoire, allergie, etc. Précisez : \_\_\_\_\_

OUI NON

- COVID-19  
  Maladie rénale ou hépatique

### Female participants

OUI NON

- Êtes-vous pré-ménopausée ? – Si OUI, date des dernières règles : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
  Êtes-vous enceinte ? – Si OUI, **vous ne devez pas participer à cette étude**  
  Vos dernières règles étaient en avance ou en retard ?  
  Vos règles sont-elles généralement régulières ?  
  Prenez-vous des contraceptifs oraux ou recevez-vous un traitement hormonal ?  
  Prenez-vous des médicaments contre la fertilité / suivez-vous des traitements de fertilité ?  
Si OUI, veuillez décrire : \_\_\_\_\_  
  Allaitiez-vous actuellement ?

### CONSOMMATION PONCTUELLE DE SUBSTANCES

OUI NON

- caféine  
  substances dérivées du cannabis  
  médicaments tryptamines  
  antidépresseurs  
  stimulants  
  stabilisateurs d'humeur

OUI NON

- le tabac  
  analgésiques  
  opioïdes  
  anxiolytiques  
  antipsychotiques  
  autre (précisez : \_\_\_\_\_)

Les substances énumérées ci-dessus peuvent altérer temporairement l'activité cérébrale. Si vous avez coché « OUI » à l'une des cases ci-dessus, veuillez indiquer le nombre d'heures avant la session depuis la dernière prise :

### INSTRUCTIONS POUR LES PARTICIPANT·ES :

1. Retirez TOUS les bijoux (piercing corporel inclus) et TOUS les accessoires pour cheveux.
2. Retirer les prothèses dentaires, les fausses dents, les plaques dentaires partielles, les gouttières dentaires.
3. Retirez les aides auditives et les lunettes.
4. Enlevez TOUS les vêtements et enfiler une blouse d'hôpital. Des chaussons seront fournis.
5. Veuillez utiliser les toilettes avant votre examen IRM.
6. Assurez-vous de recevoir une paire de bouchons d'oreille et/ou un casque avant le début de votre examen IRM. Certains participants trouvent les niveaux de bruit inacceptables.
7. Évitez les boucles fermées avec vos membres (par exemple, tenir vos mains ensemble, croiser les jambes, etc.)

Je, en tant que PARTICIPANT·E, certifie que les informations ci-dessus sont correctes au meilleur de ma connaissance. J'ai lu et compris l'intégralité du contenu de ce formulaire et j'ai eu l'occasion de poser des questions concernant les informations contenues dans ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom EN MAJUSCULE

### SIGNATURE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LE CONTRÔLE

J'ai examiné toutes les réponses ci-dessus, et toutes les réponses positives ont été discutées, traitées et réconciliées si nécessaire.

\_\_\_\_\_  
Nom EN MAJUSCULE et signature

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA) Heure (24h HH:MM)

### QUESTIONNAIRE DE CONTRÔLE DE SÉCURITÉ ET DE DÉPISTAGE POUR L'IRM

Dévoiler les interactions entre la structure, la fonction et la dynamique des réseaux cérébraux au moyen de l'IRM

v22.4 2/2  
(17.05.2022)