

Veuillez répondre consciencieusement aux questions suivantes. Si vous souhaitez accompagner votre enfant dans la salle du scanner, répondez vous-même aux questions. **En cas de doutes, nous nous tenons à votre disposition à tout moment.**

Nom du patient	Date de naissance	Poids	Taille	Nom de l'accompagnant

☐ Pas de changement depuis le dernier examen du: \_\_\_\_\_

☐ Nouvel examen / changement depuis le dernier examen

	Enfant	Accompagnant
Est-ce que votre enfant ou vous-même portez des implants? Si oui, lesquels:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline ou A.C.P., ou autre pompe à injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drainage du LCR (shunt ventriculo-péritonéal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant d'oreille interne/moyenne ou cochléaire (implant auditif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valve cardiaque artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses (par ex.: prothèse articulaire, prothèse dentaire). Si oui, lesquelles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clips vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres clips chirurgicaux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres implants:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant ou vous-même avez déjà été opéré de la tête, de l'œil, de l'oreille ou du cœur, ou est-ce que votre enfant ou vous-même avez déjà effectué une angiographie? Si oui, pourquoi:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-il possible que votre enfant ou vous-même ayez des éclats métalliques dans vos yeux?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant ou vous-même avez d'autres dispositifs médicaux en métal sur ou dans votre corps (à l'exception des plombages dentaires)? (appareil dentaire, stérilet, piercing, attelles orthopédiques, brassards de poids, prothèses auditives, etc.) Si oui, lesquels:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pour les femmes en âge de procréer: il y a-t-il des chances pour que vous soyez enceinte?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant porte un patch de diffusion de médicament par voie cutanée? (par ex.: patch antidouleur, patch contre le mal des transports, patch hormonal, etc.) Si oui, lequel:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Est-ce que votre enfant a un tatouage?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Est-ce que votre enfant porte des sous-vêtements synthétiques?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Y a-t-il des raisons pour lesquels votre enfant ne peut pas rester allongé pendant un long moment? (par ex.: démangeaisons, douleurs, agoraphobie, épilepsie, etc.) Si oui, pourquoi:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Est-ce que votre enfant a une intolérance aux médicaments, des allergies ou de l'asthme? Si oui, précisez:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Est-ce que votre enfant a une insuffisance rénale? (Si oui, a-t-il besoin d'une dialyse? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Est-ce que votre enfant a déjà subi un examen IRM ou scanner (TDM)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

J'autorise l'utilisation des résultats et données cliniques issues de l'examen IRM à des fins d'enseignement et de recherche dans le strict respect des politiques de protection des données et de confidentialité (voir verso).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui: Je souhaite être informé(e) des résultats issus de la réutilisation des données cliniques de l'examen d'IRM de mon enfant et qui concernerait sa santé.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Déposez **tous les objets métalliques** avant d'entrer dans la salle d'IRM (montres, bijoux, pinces à cheveux, lunettes, appareils auditifs, déambulateurs, ...). Pensez surtout à **vider vos poches** (clés, portefeuilles, cartes de crédit, pièces de monnaie, stylos à bille, trombones, ...) et bien **retirer tous les objets détachables** (ordinateurs portables, téléphones mobiles, sacs à dos, sacs à main, stylos et crayons, ...).

**En signant ce document, vous confirmez avoir été informé(e) des risques de l'examen IRM à venir et avoir lu et répondu sincèrement aux questions ci-dessus.**

Lieu et date

Signature de l'accompagnant

Signature du technicien en radiologie médicale

## **Réutilisation des données de l'IRM pour la formation et la recherche**

En tant qu'hôpital pédiatrique universitaire, l'Hôpital pour enfants de Zurich est un lieu de formation pour les médecins, le personnel soignant et les autres professionnels de santé. Comme d'autres hôpitaux universitaires, l'Hôpital pour enfants de Zurich mène des recherches pour améliorer le diagnostic, le déroulement des traitements et des soins. Les résultats des examens cliniques, des traitements correspondants et de l'évolution de la maladie, consignés dans les dossiers des patients, constituent une base importante pour ces recherches et l'enseignement. Il est important non seulement de collecter des informations sur des maladies spécifiques, mais aussi de documenter le développement sain de nos jeunes patients afin de pouvoir distinguer de manière fiable les différents aspects de la maladie.

Pour que le personnel médical de l'Hôpital pour enfants de Zurich puisse utiliser les données IRM du dossier de patient de votre enfant à des fins de recherche et d'enseignement, nous avons besoin de votre consentement explicite. C'est la raison pour laquelle nous vous prions de répondre à la question correspondante au recto de ce formulaire. En donnant votre consentement, vous et votre enfant apportez une précieuse contribution au progrès médical. Vous êtes bien entendu libre de répondre par «non» à cette question. Vous n'en subirez aucun préjudice. Le traitement de votre enfant n'en sera aucunement affecté.

En consentant à l'utilisation des données IRM pour la recherche et la formation médicale, vous autorisez les collaborateurs qualifiés de l'Hôpital pour enfants, qui sont soumis au secret médical, à utiliser les données IRM de votre enfant et les informations cliniques nécessaires (par ex. âge, sexe, raison de l'examen, diagnostic, etc.) à des fins de recherche ou d'enseignement. Tous les aspects de la protection des données et de la confidentialité des patients sont soigneusement pris en compte. La publication des résultats s'effectue toujours de manière anonyme, sans citer le nom de votre enfant ni d'autres informations personnelles permettant de l'identifier; si nécessaire, les images sont rendues méconnaissables.

### **Droit de rétractation**

Vous et votre enfant avez à tout moment le droit de retirer le consentement donné. À partir de la rétractation, les données IRM de votre enfant ne peuvent plus être réutilisées aux fins de recherche et d'enseignement. Pour toute rétractation, adressez-vous à: Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung, Abteilung Bilddiagnostik, Lenggstrasse 30, 8008 Zürich ou via email à: [radiologie.sekretariat@kispi.uzh.ch](mailto:radiologie.sekretariat@kispi.uzh.ch)

### **D'autres questions?**

Le personnel du service d'IRM, les techniciens en radiologie médicale ou le médecin traitant sont à votre disposition pour des renseignements personnalisés. En outre, nous pouvons vous remettre la fiche d'information complète "Réutilisation des données de santé et des échantillons biologiques pour la recherche et l'enseignement".