**Questionnaire MEG pour le patient/sujet**

L’examen MEG ne présente aucun risque pour le sujet. Le but de ce questionnaire est de s’assurer de la faisabilité technique de l’examen. Il recherchera en particulier d’éventuels facteurs pouvant perturber le champ magnétique environnant et ainsi affecter la qualité des signaux MEG enregistrés.

En cas de réponse par l’affirmative ou de doute à l’une de ces questions, merci de contacter le staff HNP-MEEG. Ce document restera en possession du chercheur.

**Données du patient/sujet :**

Code sujet :

**Êtes-vous porteur d’un des matériels suivants qui peuvent gêner ou interdire l’examen MEG :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Matériel** | **Oui** | **Non** |
| Pace-maker (stimulateur cardiaque) |  |  |
| Pompe à insuline, neurostimulateur vésical ou autre dispositif implanté |  |  |
| Valve cardiaque (mécanique ou animale) |  |  |
| Prothèse auditive, implant dans l’oreille |  |  |
| Prothèse articulaire (hanche, genou, épaule, etc.) |  |  |
| Clip neurochirurgical pour anévrisme cérébral |  |  |
| Matériel d’orthodontie (prothèse dentaire, fil de rétention, plombages) |  |  |
| Sutures avec fils métalliques ou agrafes |  |  |
| Piercing, tatouage |  |  |
| Si oui, localisation : |  |  |
| Maquillage des yeux, maquillage permanent |  |  |
| Coloration récente des cheveux, extensions de cheveux, dread-locks |  |  |
| Corps étranger dans l’œil |  |  |
| Eclat d’obus ou objet métallique |  |  |
| Filtre dans la veine cave contre les embolies pulmonaires |  |  |
| Avez-vous effectué un examen IRM dans les 14 derniers jours ? |  |  |
| Si oui, date : |  |  |
| Travaillez-vous avec des métaux ? |  |  |
| Si oui, quel type de travail : |  |  |
| Avez-vous déjà subi des opérations ? |  |  |
| Si oui, lesquelles : |  |  |

**Résultat**: le sujet est-il compatible avec un examen MEG ?

Date :

Investigateur :