

Avant l'examen d'IRM, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / ..... Poids : .....Kg Taille : .....m



Avez-vous une **pile cardiaque (pacemaker), défibrillateur automatique implanté (DAI), Holter implanté, neurostimulateur** ?..... OUI  NON

Avez-vous été opéré du cœur (**valve cardiaque, stent, filtre cave, pontage coronarien**) ?..... OUI  NON

Si oui : - année d'implantation : ..... - type : .....



Avez-vous été opéré du cerveau ou du crâne ?..... OUI  NON

Si oui, avec pose de matériel (**clips, valve de dérivation, implants cochléaires**) ?..... OUI  NON



Avez-vous un **appareil auditif** ?..... OUI  NON

Avez-vous un **appareil dentaire amovible** ?..... OUI  NON



Etes-vous **diabétique** ?..... OUI  NON

Si oui, Etes-vous porteur **d'une pompe à Insuline et/ou un capteur de glycémie** ?..... OUI  NON



Avez-vous des **éclats métalliques** dans le corps (de balles, d'obus) ?..... OUI  NON

Avez-vous un **tatouage** et/ou un **piercing** ?..... OUI  NON



Avez-vous une **prothèse chirurgicale** (hanche, genou, clou, vis,...) ?..... OUI  NON

Travaillez-vous sur des métaux (**éclats métalliques dans les yeux**) ?... OUI  NON

Avez-vous une **insuffisance rénale connue** ?..... OUI  NON

Avez-vous des allergies (médicaments, alimentaires, **asthme, iode**) ?.... OUI  NON

Avez-vous un traitement pour la tension artérielle (**Bêta-bloquants**) ?... OUI  NON

Avez-vous un **patch transdermique** ?..... OUI  NON

Etes-vous **claustrophobe ou anxieux** ?..... OUI  NON



**Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être** ? ..... OUI  NON

**Allaitiez-vous** ?..... OUI  NON

**Renseignements complémentaires** qui vous paraîtraient importants à communiquer et **maladie sérieuse (Hépatite C, VIH, cancer ...)** ou **intervention chirurgicale antérieure** : .....

En raison du champ magnétique puissant et des ondes émises par l'IRM, **certains objets métalliques et/ou magnétiques sont interdits dans la salle d'examen**, un casier à clé est à votre disposition, pour déposer les objets de grande valeur :

- **Appareils auditifs, prothèses dentaires, bijoux, piercing**
- **Cartes bancaires, cartes magnétiques, pièces de monnaie, téléphone portable, montre, clefs, briquet**

**Ces dernières 48 heures avez-vous eu les symptômes suivants :**



- **De la toux** ?..... OUI  NON
- **De la fièvre (frissons, sueur)** ..... OUI  NON
- **Avez-vous dans votre entourage des cas de COVID** ?....OUI  NON

**GIE MOUGINSCAN** - 122, avenue du Dr Maurice Donat BP1250 - 06254 MOUGINS CEDEX

**Groupement d'intérêt Economique régi par les articles L.251-1 et L.251-23 du Code du commerce Siret : 512 460 106 00010**

**Tel : 04 93 90 08 62 Fax : 04 93 90 08 63**

**Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que celui-ci soit réalisé. Je donne mon accord pour que mes données personnelles soient archivées et transmises au corps médical. (médecins spécialistes, RCP, médecin traitant,...)**

Fait à Mougins, le ...../...../..... Signature :