

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), DAI (défibrillateur automatique implanté), Holter implanté ou 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 un **tatouage** et/ou un **piercing** ? OUI NON

Avez-vous une **prothèse chirurgicale** (hanche, genou, clou, vis) ? OUI NON
Avez-vous des **éclats métalliques** dans les yeux ou le corps ? 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



Madame, 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, etc.)

Fait à Mougins, le / /

Signature :

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et d'opposition à leur traitement.
Mise à jour le 11/10/24