

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**)
Si oui : Année d'implantation Type

Oui Non

 Avez-vous été opéré du cerveau ou du crane ?
Si oui, avec pose de matériel ?
(clips, valve de dérivation, implants cochléaires)

Oui Non

 Avez-vous passé une scintigraphie ou un Petscan, il y a moins de 48h

Oui Non

 Avez-vous un **appareil dentaire amovible, bagues dentaires** ?

Oui Non

 **Etes-vous diabétique ?**
Si oui, êtes-vous porteur **d'une pompe à insuline** ?

Oui Non

 Avez-vous une **prothèse chirurgicale** (clou, vis, broche, skin-expander...)

Oui Non

 Avez-vous un **appareil auditif** ?

Oui Non

Avez-vous une **insuffisance rénale connue** ?

Oui Non

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

Oui Non

 **Allaitiez-vous ?**

Oui Non

Avez-vous des allergies ? (médicament, aliment, **asthme, iode**) Oui Non

Avez-vous un traitement pour la tension artérielle (**Bêta-bloquants**) ? Oui Non

Avez-vous un **patch trans-dermique** ? Oui Non

Avez-vous réalisé un tatouage depuis moins d'un mois ? Oui Non

Avez-vous été opéré il y a moins de 2 mois ? Oui Non

Avez-vous des **éclats métalliques** dans le corps (de balles, obus) ? Oui Non

Travaillez-vous sur des métaux ? (**éclats métalliques dans les yeux**) Oui Non

Etes-vous **claustrophobe ou anxieux** ? Oui Non



Avez-vous contracté la COVID-19 ? Oui Non

Si oui, à quelle date votre test a été positif ?

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

.....
.....

En raison du champ magnétique puissant et des ondes émises par l'IRM, certains objets métalliques ou magnétiques sont interdits dans la salle d'examen, un coffre est à votre disposition, pour déposer vos objets de grande valeur : Appareils auditifs, prothèses dentaires, bijoux, piercing, Cartes bancaires, cartes magnétiques, pièces de monnaie, téléphone, montre, clefs, briquet....

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 Grasse, le Signature,