



**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 .....

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

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

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

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

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

 Avez-vous un **appareil auditif** ?

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

**Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?**

 **Allaitiez-vous ?**

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 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 paraissent 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,