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

Êtes-vous **diabétique** ? ..... ☐ OUI ☐ NON
Si oui, êtes-vous porteur **d'une pompe à Insuline et/ou d'un capteur de glycémie** ? ..... ☐ 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 **tatouage** et/ou un **piercing** ? ..... ☐ 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

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

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

Êtes-vous **claustrophobe ou anxieux** ? ..... ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous eu ou avez-vous **une maladie sérieuse** (cancer, hépatite, etc.) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle ? .....

Dans les 3 derniers mois, avez-vous eu **des interventions chirurgicales** ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ? .....

Madame, êtes-vous **enceinte ou susceptible de l'être** ? ..... ☐ OUI ☐ NON
Je ne sais pas ☐

Dans ce cas : Avez un moyen de contraception ? ☐ OUI ☐ NON
Avez-vous le souhait d'une grossesse ☐ OUI ☐ NON
Quelle est la date de vos dernières règles .....

Allaitez-vous ? ..... ☐ OUI ☐ NON

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, clés, 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

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.
Extrait du site de la Société Française de Radiologie, « les examens en pratique » *Mise à jour le 12/03/2025*