

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

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-vous un moyen de contraception ?  OUI  NON

Avez-vous le souhait d'une grossesse  OUI  NON

Quelle est la date de vos dernières règles .....

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

En raison du champ magnétique puissant et des ondes émises par l'IRM, **certaines 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 :

**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