

**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**) Oui  Non

Si oui : Année d'implantation ..... Type .....



Avez-vous été opéré du cerveau ou du crane ? Oui  Non

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 ?**  Non

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 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

**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 l'examen 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,**

MAJ 02/06/2018

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

**GIE « GRASCANNER »** - Centre Hospitalier - Chemin de Clavary - 06130 GRASSE - Tel : 04 93 09 00 26 / Fax : 04 93 09 55 51 / Mail : grascanner@orange.fr

Groupement d'Intérêt Economique régi par les articles L 251-1 et L 251-23 du code du commerce - Capital de 14 000 euros - Siret : 393 358 080 00017

