

**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 ?** Oui  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...*

**Tournez la page SVP**



**Page 1/2**

MAJ 20/09/2021

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 : direction@grascanner.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

**Avant l'examen d'IRM, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Né(e) le :** ...../...../.....

**Avez-vous contracté la COVID-19 ?** Oui  Non

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

**Ces dernières 48 heures avez-vous eu les symptômes suivants :**

- De la toux ?..... Oui  Non
- Des courbatures ..... Oui  Non
- De la fièvre (frissons, sueur) ..... Oui  Non
- Des difficultés à respirer ?..... Oui  Non
- Une perte de goût ou de l'odorat ?..... Oui  Non
- Une diarrhée ?..... Oui  Non

**Avez-vous dans votre entourage proche 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, ...)

Fait à Grasse, le ..... Signature,

MAJ 20/09/2021

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 : direction@grascanner.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