

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Poids / Taille :kg m

• **Avant l'examen, merci de répondre attentivement aux questions suivantes :**

▪ Avez-vous **une pile cardiaque** (pacemaker) ? OUI NON

▪ Avez-vous été opéré du cœur (valve cardiaque, stent, filtre cave) ?
OUI NON

Si oui : - année d'implantation : - type :

▪ Avez-vous été opéré du cerveau (pose de clips, valve de dérivation, implants
cochléaires) OUI NON

▪ Avez-vous un appareil auditif et /ou dentaire ? OUI NON

▪ Avez-vous une prothèse chirurgicale ? (hanche, genou, clou, vis,...)
OUI NON

▪ Etes-vous diabétique ? Etes-vous porteur d'une pompe à Insuline ?
OUI NON

▪ Avez-vous une insuffisance rénale ? OUI NON

▪ Avez-vous des allergies ? (médicaments, alimentaires, asthme,...)
OUI NON

▪ Avez-vous reçu des projectiles métalliques (éclats métalliques,
éclats de balles, éclats d'obus...) ou travaillez-vous sur des métaux ?
OUI NON

▪ Avez-vous un patch transdermique ? OUI NON

▪ **Etes-vous claustrophobe ou anxieux ?** OUI NON

Madame,

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

OUI

NON

En raison du champ magnétique puissant et des ondes émises par l'IRM

certains objets sont interdits dans la salle d'examen, un coffre est à votre disposition, pour les déposer

- Appareils auditifs, prothèses dentaires, bijoux, percing
- Cartes bancaires, cartes magnétiques
- Téléphone portable, montre
- Pièces de monnaie, clefs, briquets
- Tout autre objet métallique ou ferromagnétique.

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à nous informer de toute maladie sérieuse ou intervention chirurgicale antérieure

Je soussigné, (Nom, Prénom) déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que l'examen soit réalisé.

Fait à Mougins, le

Signature :