

FICHE DE DEMANDE DE RÉGLAGE D'UN DISPOSITIF CARDIAQUE AVANT LA REALISATION D'UNE IRM ET INFORMATION/CONSENTEMENT DU PATIENT

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :

Statut du patient

- ☐ Hospitalisé au CHUN
☐ Patient Externe
☐ Service des Urgences

MÉDECIN DEMANDEUR (Sénior)

Nom :
Tél. :
Signature :
☐ Accord pour l'examen IRM

Renseignements **obligatoires** sur la prothèse cardiaque (Disponibles sur sa carte de PM/DAI ou sur le Compte-Rendu d'intervention)

- ☐ Pacemaker ☐ Défibrillateur automatique implantable

Constructeur du boîtier :
Modèle du boîtier :
Date et Centre d'implantation :

Vérification de la demande d'examen par le médecin **radiologue**

→ L'examen est-il pertinent? ☐ Oui ☐ Non

→ Si non, Existe-il une technique d'imagerie alternative ?

☐ TDM ☐ ECHO ☐ TDM+ECHO AUTRE :

MÉDECIN **RADIOLOGUE** EN CHARGE DE LA VACATION

Nom :
Tél. :
Signature :
☐ Accord pour l'examen IRM

Demande à envoyer par le secrétariat du service d'imagerie à : cardiologie2@chu-nice.fr

A remplir par le rythmologue lors de la consultation de réglage :

→ Réglage en mode IRM effectué :

- ☐ Oui Le (date)..... À (heure)
☐ Non Motif :

→ Retour nécessaire du patient en consultation pour un nouveau
réglage de la prothèse après l'IRM ?

- ☐ Oui ☐ Non

Durée effective du réglage en mode IRM :

MÉDECIN CARDIOLOGUE

Nom :
Tél. :
Signature :

☐ Accord pour l'examen IRM

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

.....

Au regard des éléments qui m'ont été transmis, je consens à la
réalisation de l'imagerie par résonnance magnétique à visée
diagnostique après avoir été informé(e) des bénéfices/risques et ce, en
présence de mon dispositif médical implantable cardiaque.

Un exemplaire du présent document est conservé dans mon dossier
médical.

CONSENTEMENT PATIENT

Date :
Signature :

☐ Accord pour l'examen IRM