

Formulaire pour les examens d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Pour les systèmes d'implants cochléaires Neuro Zti et Digisonic® SP

Service de radiologie : Veuillez remplir ce formulaire pour tout utilisateur d'un implant cochléaire Oticon Medical et le faxer au siège social d'Oticon Medical - Implants Cochléaires (+33 (0)4 93 95 38 01) pour approbation **AVANT** de procéder à l'examen IRM.

Remarque :

- Il est impératif de respecter dans leur intégralité les instructions décrites dans ce formulaire et dans les instructions d'utilisation de l'examen IRM (disponibles sur www.oticonmedical.fr, rubrique Téléchargements).
- Si vous avez besoin de précisions ou d'assistance, veuillez contacter le service clients d'Oticon Medical - Implants Cochléaires (du lundi au vendredi) : +33 (0)4 93 95 18 18.

Informations sur le patient

Nom, Prénom :

Âge :

N° de série de l'implant (oreille droite) :

N° de série de l'implant (oreille gauche) :

Date de l'implantation (oreille droite) :

Date de l'implantation (oreille gauche) :

Informations sur l'examen IRM

Nom de l'hôpital :

Fabricant de la machine d'IRM :

Ville : Pays :

Type :

Téléphone :

Force du champ :

Fax :

Emplacement anatomique de l'examen :

Service de radiologie :

Attestation

Je soussigné(e) (Nom du radiologue) :

Avis d'Oticon Medical

Favorable à l'examen IRM

Défavorable à l'examen IRM

atteste par la présente avoir lu et compris les risques possibles pour l'implant et le patient en cas de non-respect des instructions et recommandations précisées dans les recommandations relatives aux examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou dans les instructions d'utilisation relatives aux examens IRM.

Nom / Signature du Responsable Ingénierie Clinique :

Date :

Signature du radiologue :

Nom / Signature du Responsable Matériovigilance :

Date :

Date :

Informations générales à fournir au patient :

L'accord d'Oticon Medical a été demandé avant de procéder à votre examen IRM. Sur la base des données fournies par le service de radiologie, Oticon Medical a donné un avis favorable ou défavorable le : / /

Conformément à loi « **INFORMATIQUE ET LIBERTÉS** » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant directement à Oticon Medical.

Les informations recueillies dans ce formulaire d'examen IRM font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi de cette demande. Elles sont exclusivement destinées à la société Oticon Medical.