



**Consultation pré-IRM de patient porteur d'un
pacemaker ou d'un défibrillateur IRM-compatible**

Je soussigné Dr, cardiologue, certifie que le dispositif cardiaque
implantable de M est bien compatible avec la
réalisation d'une IRM ce jour, et que ce dispositif a bien été commuté sur un
mode IRM-compatible le/...../..... àh.....

Modèle et marque du dispositif :

Le(la) patient(e) devra impérativement se présenter de nouveau aux consultations
de cardiologie juste après la réalisation de l'IRM.

Signature :