



**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 ...../...../..... à .....h.....

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 :