

Madame, Monsieur, veuillez compléter attentivement ce questionnaire car il est indispensable à la sécurité de votre examen. Nous recherchons d'éventuelles contre-indications à celui-ci.

Si vous venez pour un examen radiologique ou une mammographie, répondez à cette question :

Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON

Si vous venez pour un scanner, remplissez ce questionnaire :

- Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?..... OUI NON
- Allaitiez-vous en ce moment ? OUI NON
- Avez-vous déjà passé un scanner avec injection de produit de contraste?
..... OUI NON
Si oui, avez-vous présenté une allergie ou une réaction ? OUI NON
Si oui, quel(s) symptôme (s) ?
- Avez-vous une allergie connue (asthme, eczéma, allergies alimentaires, médicamenteuses ou à d'autres produits... ?..... OUI NON
Si oui laquelle
- Avez-vous une dégradation de votre fonction rénale (Insuffisance rénale ?
Dialyse ? Myélome ?)..... OUI NON
- Etes-vous traité pour un diabète ?..... OUI NON
Si OUI, quel médicament prenez-vous ?.....
- Prenez-vous des anticoagulants ? OUI NON
- Disposez-vous d'un bilan sanguin (prise de sang) avec la valeur de créatinine datant de moins de 3 mois ? OUI NON

Date :...../...../20.....

Signature du patient pour accord de la réalisation de l'examen ou de son représentant :

**MERCI DE REMETTRE CE QUESTIONNAIRE COMPLETE AU TECHNOLOGUE
QUI VOUS ACCUEILLERA**